

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 503

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN FORNÉ

Né à Céret (Pyrénées-Orientales), le 3 mai 1874
Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE COMPARÉE

DES

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

UTILISÉES DANS

LES RUPTURES DE L'UTÉRUS

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. JALAGUIER,
VARNIER, } agrégés.
LEPAGE, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

503

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN FORNÉ

Né à Céret (Pyrénées-Orientales), le 3 mai 1874
Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE COMPARÉE

DES

DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

UTILISÉES DANS

LES RUPTURES DE L'UTÉRUS

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. JALAGUIER, } agrégés.
VARNIER, }
LEPAGE, }*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	{ PANAS.
	{ GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	{ PINARD.
Clinique des voies urinaires.....	{ BUDIN.
Clinique d'accouchement.....	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

En témoignage de mon inaltérable souvenir, je dédie à la mémoire de celui qui fut toujours pour moi un parent très aimant, un ami très sûr et un guide très judicieux, cette première production de mon esprit.

JEAN FORNÉ.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR F. FORNÉ

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES ONCLES

A. FORNÉ ET DOCTEUR J. FORNÉ

A MES AUTRES PARENTS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Avant de commencer ce travail, que M. le professeur Pinard veuille bien nous permettre de lui adresser nos meilleurs remerciements. Il nous a permis de publier une observation inédite d'hystérectomie abdominale partielle pratiquée avec succès, pour rupture utérine, par M. Hartmann, à la Maison d'accouchements Baudelocque ; après avoir approuvé le sujet de cette thèse, il nous a fait l'honneur de bien vouloir la présider ; qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde gratitude.

JEAN FORNÉ.

AVANT-PROPOS

REMERCIEMENTS

Il est d'usage, au seuil de notre thèse inaugurale, d'adresser nos remerciements aux maîtres qui ont pris soin de guider nos efforts hésitants à travers le labyrinthe de la science médicale. Antique coutume à laquelle nous nous conformons aujourd'hui avec le plus grand plaisir, parce qu'elle nous permet de dire toute la lourde dette de reconnaissance que nous avons contractée à l'égard de ceux qui ont bien voulu nous éclairer de leurs conseils et nous honorer de leur amitié.

Et d'abord, pensons à cette ancienne et toujours brillante Faculté de Montpellier qui a tant fait pour nous. Nous ne saurions oublier que ses professeurs éminents sont les premiers qui aient gravé, avec art, sur la table rase que leur offrait notre esprit, les principes scientifiques fondamentaux qui sont maintenant la base de notre savoir. Nous avons quitté tôt ces maîtres, mais nous leur devons trop pour les oublier. Nous leur adressons l'assurance de notre souvenir vivace et reconnaissant.

A la Faculté de Paris nous devons plus encore : Montpellier, pendant notre année préparatoire, a pu nous permettre, en quelque sorte, de tirer un meilleur profit de nos études médicales, mais c'est Paris qui a fait de nous le médecin, le praticien au sens réel du mot.

Ils sont nombreux ici les hommes de l'art qui ont droit à notre gratitude. Citons : M. le professeur Potain , MM. Schwartz, Reclus, Monod, et à ceux-là nous ajouterons nos maîtres plus directs, ceux qui ont plus immédiatement contribué à notre instruction parce que nous avons vécu, en qualité d'externe dans leur service, plus en contact avec eux, presque dans leur intimité.

C'est dans le service de M. le Dr Comby, à l'hôpital des Enfants-Malades, que nous avons fait notre première année d'externat. Là, nous avons puisé la majeure partie de ces connaissances thérapeutiques essentielles dont, maintes fois déjà, nous avons pu reconnaître l'extrême utilité. En même temps qu'on se familiarisait avec les maladies infantiles, on s'habituaît, après avoir posé un diagnostic ferme, à tirer un parti raisonné et judicieux des nouvelles drogues employées pour le traitement des affections. A notre point de vue, le grand mérite de M. le Dr Comby sera toujours d'avoir attaché une importance toute particulière à la partie thérapeutique, trop souvent négligée, de la science médicale. C'est au maître dont nous parlons que nous devons surtout de savoir formuler ; notre joie est de le reconnaître aujourd'hui, et de pouvoir le remercier publiquement de ses très intéressantes et très utiles leçons.

Notre deuxième année d'externat s'est passée dans le service de M. le Dr Lejars. Nous n'oublierons pas que c'est à son enseignement clair et précis que nous devons le meilleur de nos connaissances chirurgicales. A son école, nous avons compris quels surprenants résultats peut donner la chirurgie en des mains habiles et expérimentées. Nous avons essayé de nous assimiler le plus possible de la science qu'il étalait chaque jour, avec profusion, à nos

yeux : puissions-nous avoir suffisamment profité de ses conseils pour lui faire honneur, si nous sommes appelé à traiter un cas pathologique justiciable de cette « *Chirurgie d'urgence* » qu'il a si magistralement décrite !

Nous arrivons à un de nos maîtres qui a des droits tout spéciaux à notre entière reconnaissance : M. le Dr Lepage. C'est dans son service, à l'hôpital de la Pitié, que nous avons débuté dans la pratique des accouchements. Nous nous revoyons, dans la salle de travail, suivant chaque matin, avec un intérêt toujours croissant, les leçons où nous viendrons plus tard rafraîchir notre mémoire défaillante. C'étaient des causeries scientifiques et agréables qui avaient l'immense avantage d'instruire en intéressant. Et telle a été sur notre esprit l'influence de cet enseignement érudite, clair et familier que nous avons senti naître un penchant pour l'obstétrique et l'idée de choisir dans cette branche des études médicales le sujet de notre thèse. Nous prions M. le Dr Lepage, qui nous a inspiré ce travail, de croire à notre profonde gratitude et à notre inaltérable dévouement.

Nous remercions en outre M. le Dr Ribemont-Dessaignes du gracieux empressement avec lequel il a mis à notre disposition deux observations inédites que nous insérons avec les n^{os} IX et XIII.

Enfin, nous croirions manquer à notre devoir le plus strict si nous passions sous silence le service qu'ont daigné nous rendre MM. les professeurs Mars, de Cracovie, et Branham, de Baltimore, en nous adressant les observations dont nous avons eu l'honneur de leur demander directement la communication. Il s'agit de deux cas de rupture utérine traitées, avec succès, par l'hystérectomie

abdominale totale ; les publications qui les recèlent font défaut à la bibliothèque de la Faculté ; c'est à l'obligeance des auteurs que nous devons la satisfaction de pouvoir les publier. Nous adressons à MM. les professeurs Branham et Mars l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

Juillet 1900.

INTRODUCTION

Il n'entre pas dans nos vues de faire ici une étude complète de la rupture utérine. Connue de toute antiquité, puisque certains auteurs font remonter jusqu'à Hippocrate lui-même la première observation de rupture de la matrice, cette lésion, fort grave, a eu le temps d'être bien étudiée par des auteurs suffisamment compétents pour que nous n'essayons pas aujourd'hui d'aller glaner, à leur suite, quelques détails inédits sur le domaine d'ensemble de cette vieille question.

Il nous a semblé qu'il serait plus intéressant, et peut-être aussi plus profitable, de limiter notre sujet, de circonscrire notre étude, d'envisager enfin sous ses multiples aspects le seul côté de la question non encore totalement éclairci. Et c'est pourquoi, *nous négligerons d'entreprendre*, dans une étude qui vise un tout autre but, l'historique des ruptures utérines, leur classification en ruptures complètes, incomplètes externes et incomplètes internes, la recherche de leurs causes, l'examen de leurs symptômes, la description du mécanisme pathogénique de l'accident.

Tout cela a été étudié, et bien étudié; nous ne pourrions que rééditer, sans profit pour personne, l'œuvre de nos devanciers, et ce serait là une tâche d'autant plus ingrate qu'elle apparaîtrait à tous comme totalement dépourvue d'intérêt, à une époque où l'entente semble s'être définitivement faite sur ces préliminaires.

Le seul point sur lequel l'accord absolu n'existe pas

encore et qui mérite, à ce titre, de nous intéresser ; celui qui divise les accoucheurs en écoles adverses, préconisant des méthodes différentes, c'est le *traitement des ruptures utérines*. Voilà la partie pendante de la question, celle qui reste à élucider, qui est stable encore et se transforme tous les jours, puisque la dernière thèse, parue sur ce sujet (1), ne signale même pas certaines opérations récemment utilisées dans les ruptures de l'utérus : l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie vaginale, pour ne citer que ces deux. Peut-être semblera-t-il prématuré de vouloir juger déjà ces méthodes de traitement fort peu employées jusqu'ici (2) et qui datent d'hier en quelque sorte, puisque l'une, l'hystérectomie abdominale totale, a été mise en pratique pour la première fois par Krajewski (3) en 1890, et l'autre, l'hystérectomie vaginale, en 1894 par Neugebauer (4), mais nous croyons fermement qu'il nous sera possible de baser sur ces prémices opératoires des conclusions dignes d'intérêt.

Ainsi, c'est uniquement le *traitement des ruptures utérines* qui nous occupera au cours de ce travail. Mais, nous comptons bien restreindre davantage encore notre rôle.

D'abord, nous n'envisagerons ni le traitement général ni le traitement prophylactique de l'accident ; ce sont là deux questions résolues sur lesquelles la majorité des auteurs est aujourd'hui d'accord. On sait que les stimu-

(1) BROSSARD, Thèse Paris, 1890.

(2) Nous avons recueilli 17 cas de rupture utérine traitées par l'hystérectomie abdominale totale et 6 seulement par l'hystérectomie vaginale.

(3) KRAJEWSKI, *Przegląd chirurgiczny*, 1896, Bd. III, H. 1, S. 403 et *Monatsschr. f. Gebur. und Gyn.*, Bd. IV, décembre 1896, S. 609.

(4) NEUGEBAUER, *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.* 6. Congress, S. 356.

lants, les préparations toniques et réconfortantes, les opiacés, la quinine, la glace, forment la base du traitement général ; on sait aussi que le traitement prophylactique veut qu'on se conforme aux lois suivantes : interdire sévèrement à la parturiente de pousser, tant que la tête fœtale occupe dans le bassin une position élevée ; éviter d'exercer des pressions extérieures trop fortes sur la tête dans le but de faciliter l'engagement, parce qu'on a vu survenir des ruptures dans ces conditions ; surveiller attentivement la position qu'occupe l'utérus, car il est évident que cet organe étant incliné fortement et que la tête fœtale s'étant échappée à gauche, il pourra facilement se produire une rupture de la partie distendue de la matrice. Dans ce cas, il faut rectifier de suite la déviation par l'application d'un bandage et l'attitude de la malade.

Ensuite, nous ne ferons qu'un exposé superficiel et rapide du traitement immédiat, c'est-à-dire du meilleur mode d'extraction du fœtus et du placenta après la rupture.

En somme, nous réduisons presque uniquement notre travail à *une étude complète et comparée des différentes méthodes de traitement dont l'objectif principal est la guérison de la lésion maternelle proprement dite.*

Telles sont les limites de notre sujet ; quel plan observerons-nous ?

Si nous nous remémorons toute la longue et insensible succession des méthodes thérapeutiques usitées dans les ruptures de l'utérus, un fait nous frappe : c'est la scission nette et profonde produite dans notre esprit par la laparotomie, entre les méthodes de traitement par voie vaginale et celles que l'incision abdominale eut le mérite de faire éclore. Si l'on préfère, nous voyons dans la la-

parotomie le *meilleur point de division de notre ouvrage*, bien qu'elle soit, en réalité, la première thérapeutique active qui ait été appliquée aux ruptures de l'utérus. En effet, l'expectation seule fleurissait, *sans éclat*, avant son apparition, ce qui n'empêche pas qu'il a fallu à l'incision abdominale de longues années pour effacer, entièrement et définitivement, de la mémoire de tous, le souvenir de la méthode surannée qui l'avait précédée. Existe-t-il d'ailleurs un seul exemple de théories ou de pratiques nouvelles venant à leur naissance, supplanter, du jour au lendemain et sans coup férir, celles, déjà existantes, qui, par le fait même de leur ancienneté, jouissent d'un véritable brevet de véracité ou de perfection ? Qu'on songe, à toute la longue série de luttes vives qu'eut à entreprendre le grand Pasteur, de 1860 à 1880, pour faire définitivement accepter au monde ses idées, aujourd'hui confirmées, sur l'action des germes parasitaires dans les fièvres chirurgicale et puerpérale. Nous l'avons dit, la laparotomie ne fit pas exception à cette règle ; ce n'est que lentement et progressivement qu'elle triompha. Inaugurée en France, pour rupture utérine, par Thibault Desbois (1) en 1767, elle resta longtemps une intervention exceptionnelle et elle n'est entrée dans la pratique chirurgicale que vers la moitié de ce siècle, sous l'influence de l'auteur américain Trask et surtout sous l'influence des brillantes statistiques qu'il a publiées de 1848 à 1858 (2). Ces statistiques ont été reprises et complétées plus tard par Jolly dans sa thèse de 1870 (3). C'est de cette époque peu reculée que date le

(1) DÉNEUX, *De la rupture de la matrice*. Thèse Paris, 1804.

(2) TRASK, *Am. Journ. of med. Sciences*, 1848 et 1856, XV et XXXII, p. 404, 383, 81.

(3) JOLLY, Thèse Paris, 1870.

véritable succès de cette opération ; c'est alors qu'on vit le traitement des ruptures utérines par la laparotomie s'an-crer petit à petit et tous les jours davantage en France et à l'étranger, pendant que s'évanouissait progressivement le rêve de ceux qui avaient vu d'abord dans l'expectation, ensuite dans la plupart des méthodes de traitement par voie vaginale, le plus sûr moyen de traitement. D'où, il ne faudrait pas conclure que tous les procédés de traitement par le vagin méritent absolument d'être rejetés. Nous ver-rons plus tard qu'il en est de bons, susceptibles de donner d'excellents résultats dans quelques cas, rares il est vrai, de rupture de la matrice.

En résumé, dans l'étude comparée que nous allons en-treprendre des différentes méthodes de traitement usitées dans les ruptures de l'utérus, nous ne suivrons pas l'ordre chronologique d'apparition de ces méthodes ; nous esti-mons qu'il vaut mieux nous servir de la laparotomie, bien qu'ancienne, pour scinder notre travail en deux parties.

Dans la première partie, nous étudierons l'expectation et les méthodes de traitement par voie vaginale. Nous examinerons leur valeur réelle et réciproque en même temps que les causes du juste discrédit de la plupart.

Dans la deuxième partie, nous nous confinerons entiè-rement dans l'étude des méthodes de traitement par voie sanglante abdominale, par cette laparotomie qui, après avoir été longtemps elle-même un procédé thérapeutique (laparotomie sans suture), a ouvert progressivement et suc-cessivement la voie à la suture utérine, à l'hystérectomie abdominale partielle (opération de Porro) et à l'hystérec-tomie abdominale totale.

PREMIÈRE PARTIE

EXPECTATION ET MÉTHODES DE TRAITEMENT
PAR VOIE VAGINALE

CHAPITRE PREMIER

Expectation.

Pendant très longtemps, les ruptures utérines furent considérées presque comme inéluctablement mortelles. Le professeur Depaul disait qu'il avait bien souvent vu se produire ce redoutable accident, mais qu'il n'avait jamais eu le plaisir d'enregistrer un cas de guérison.

C'est en raison même de la gravité foudroyante de ses conséquences que la rupture utérine était considérée au début comme un accident imprévu, fatal, contre lequel il n'y avait qu'à se croiser les bras, en faisant aveu de son impuissance. De cette inaction primitive naquit la première méthode de traitement qui ne trouve son excuse que dans l'impossibilité où l'on se trouvait au début de faire mieux. L'expectation devint, par nécessité, le procédé de traitement à l'ordre du jour ; elle fut érigée en système thérapeutique ; ne rien faire devint synonyme de traiter.

Levret, en France, et Smellie, en Angleterre, adoptèrent les premiers l'expectation et la défendirent. Plus tard, Denmann (1) se déclara nettement de leur avis en écrivant que « la malade avait plus de chances de guérison en s'abandonnant aux seuls efforts de la nature qu'en réclamant une opération ou une intervention. »

L'opinion de Denmann resta celle de toute l'école anglaise pendant presque toute la première moitié de ce siècle.

(1) DENMANN, *Essay on ruptur of the womb.*, p. 17.

Cependant, dès 1823, Dewees (1) eut le mérite de réagir le premier contre les tendances funestes de ses compatriotes. Il éleva courageusement la voix contre ce fâcheux procédé qui veut qu'on confie aux seules forces de la nature la terminaison de l'accouchement ; et bientôt, il eut la joie de voir ses idées reprises et défendues par Trask qui publia en 1848 et en 1856 des statistiques éminemment favorables à la laparotomie.

L'école allemande resta longtemps divisée en deux camps : l'un, avec Scanzoni (2) et Nægelé en tête, jugeait l'expectation préférable à la laparotomie dans les cas de produit de conception mort ou non viable ; l'autre, dirigé par Bluff (3) et Lehman (4), condamnait définitivement et sans ambages la méthode expectative.

En France enfin, il y a fort longtemps déjà que les erreurs de cette première méthode de traitement ont été reconnues. Nous pourrions même dire, sans crainte de dépasser sensiblement les limites de la vérité, que jamais chez nous la méthode expectative n'a été réellement et fermement préconisée. Car, si nous exceptons Levret dont nous avons signalé l'opinion au début de ce chapitre, nous ne croyons pas qu'un seul auteur français se soit fait le défenseur convaincu de cette première méthode.

Par contre, nous voyons à plusieurs reprises Deneux, Dubois, Cazeaux, se déclarer les adversaires résolus de l'abandon du fœtus dans le ventre de la mère. Et voilà même qu'après les statistiques de Trask, parues en Angleterre en faveur de la laparotomie, Jolly vient à son

(1) DEWEES, *On ruptur of the uterus.— Essays on Var. subj. of Midwif.*, 1823, p. 206.

(2) SCANZONI, *Lehr. der Geburtshilfe*, Bd. II, 1868, S. 218.

(3) BLUFF, *Siebold's Journ.*, t. IV, 1835.

(4) LEHMAN, *Monats. für Geb.*, t. XII, 1858.

tour en établir, en France, de plus concluantes encore.

Sur 70 cas de déchirure de la matrice traitées par l'expectation, Trask cite 15 cas de guérison ; soit une mortalité de 78 0/0.

Avec Jolly, cette mortalité, déjà fort élevée, augmente au point de devenir effrayante : sur un nombre total de 144 cas, il relate 142 décès et 2 guérisons seulement ; soit une mortalité de 98,55 0/0.

Ces chiffres nous paraissent, par eux-mêmes, suffisamment éloquents pour que nous nous croyions dispensé de tout commentaire à leur égard. Ils ne tardèrent pas d'ailleurs à faire prompte justice des erreurs passées, et on peut dire qu'aujourd'hui *la méthode expectative a fait définitivement son temps*. Elle n'a plus pour nous qu'un intérêt purement historique : elle fut ; mais voilà déjà qu'elle n'est plus. Et certes, il serait difficile, à notre époque, de recueillir un nombre suffisant d'observations récentes de rupture de la matrice traitées par l'expectation, pour établir, à l'exemple de Trask et de Jolly, une nouvelle statistique intéressante.

Quel est en effet le chirurgien qui, à la vue des très réels progrès accomplis ces temps derniers par la chirurgie abdominale, consentirait aujourd'hui à se confiner dans une inactivité coupable et refuserait consciencieusement de faire usage des armes que le règne de l'antisepsie lui a créées, s'il se trouvait en présence d'un de ces terribles accidents que nous étudions, trop longtemps considérés comme fatalement mortels !

CHAPITRE II

Traitement immédiat.

Tel a été le sort de cette pseudo-méthode de traitement qui a eu pour base exclusive le non-traitement. Elle n'est plus aujourd'hui que le vestige, presque oublié, d'un passé lointain, et, dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas découvert *un seul cas récent* de rupture utérine, en présence duquel l'accoucheur ait consenti à abandonner la patiente aux seuls efforts de la nature. — Nous avons trouvé çà et là, éparés dans la vaste littérature médicale internationale, quelques *rare*s *exemples* de rupture *complète* de la matrice *récemment* traitée par le tamponnement, les injections antiseptiques ou le drainage, mais nous avons surtout été frappé de la tendance que manifestent de plus en plus les hommes de l'art à *avoir recours à la laparotomie*.

Les auteurs qui avant nous se sont occupés du traitement des ruptures utérines, ont divisé toute intervention en deux parties : *intervention immédiate* et *intervention consécutive*, ou mieux : *traitement immédiat* et *traitement consécutif*.

Dans aucune de ces deux interventions successives, l'opérateur ne peut sérieusement songer à l'intérêt de l'enfant. L'enfant doit être considéré presque comme la chose sacrifiée ; le véritable but à atteindre est la guérison de la mère. Cette ligne de conduite pourra paraître surprenante de prime abord, mais elle s'impose absolument

en présence des résultats fournis par les statistiques. Si, grâce au perfectionnement des méthodes de traitement, la mort de la mère s'observe de moins en moins dans les accidents de rupture utérine, c'est toujours dans les mêmes effrayantes proportions qu'on voit les enfants succomber ; la laparotomie a rendu moins sombre pour la mère le pronostic d'une rupture de la matrice, mais elle n'a nullement augmenté les chances de sauver l'enfant.

Dans la statistique de Jolly, sur 237 cas où il est fait mention de l'état de l'enfant : 18 seulement naquirent vivants, 219 étaient morts. Encore Jolly excepte-t-il tous les cas où l'on a pratiqué l'embryotomie.

Franquer cite 26 cas de rupture de l'utérus avec 26 enfants morts.

Personnellement, nous n'avons recueilli qu'une seule observation de rupture utérine traitée par l'hystérectomie partielle avec enfant vivant (1) : on la trouvera classée dans le tableau des opérations de Porro que nous avons dressé et produit dans la deuxième partie de notre travail.

Ce n'est donc qu'exceptionnellement et presque exclusivement dans les cas de rupture incomplète sous-péritonéale, qu'on a pu voir l'enfant naître vivant. Scanzoni explique sa mort par l'arrivée insuffisante de sang ; par l'influence néfaste, sur l'organisme fœtal, de l'ébranlement nerveux subi par la mère ; par l'étranglement, dans la plaie qui se rétracte, du cordon ou de parties importantes du fœtus.

Qu'entend-on maintenant par traitement immédiat et traitement consécutif ?

(1) HALBERTSMA, Rupture de l'utérus, section césarienne avec amputation de l'utérus et des ovaires, guérison, enfant vivant. *Centralbl. für Gynäk.*, 1881, V, p. 67.

Le traitement immédiat est celui auquel tout praticien doit d'abord avoir recours ; il n'a en vue que la terminaison prompte de l'accouchement par extraction de l'enfant et délivrance de la mère. *Le traitement consécutif* a pour but exclusif, une fois l'accouchement fait, de guérir la lésion utérine et de parer aux complications dont elle pourrait être la cause.

Nous nous occuperons *surtout* dans cette thèse du traitement consécutif. Nous renvoyons, pour une étude complète du traitement immédiat, aux ouvrages des auteurs qui ont eu plus particulièrement le loisir d'étudier cette question (1). Quant à nous, nous nous contenterons de donner quelques généralités rapides sur cette partie secondaire de notre sujet.

Il convient d'abord de poser en principe que le mode d'extraction du fœtus tire son indication majeure *de la localisation du produit de conception après l'accident*.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Il en est un, sur lequel tout le monde aujourd'hui tombe d'accord. *Quand le fœtus est entièrement passé dans la cavité abdominale*, l'extraction par les voies naturelles est unanimement repoussée, *c'est la laparotomie qu'on préconise*. Cette opération est d'ailleurs souvent la seule possible : par exemple, lorsque la rupture a lieu avant le travail de l'accouchement, au cours de la grossesse, ou bien lorsque le col n'a pas subi une dilatation suffisante, ou qu'il est atteint de rigidité.

2° Les avis commencent à se partager *quand l'enfant, saisi entre les mors de la déchirure, se trouve situé en partie dans la cavité péritonéale, en partie dans la cavité*

(1) *Traité d'accouchements* ; JOLLY, *loc. cit.* ; CADIZ, Thèse Paris, 1883 ; LABUSQUIÈRE, Thèse Paris, 1884 ; JAILLE, Thèse Paris, 1886 ; BROSSARD, *loc. cit.*

utérine. Les partisans de l'extraction par les voies naturelles ont beau, pour le soutien de leur théorie, avoir recours au subterfuge de la classification des ruptures utérines en *larges* et *rétractées*, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'attirer au dehors, par le vagin, le produit de conception saisi entre les lèvres de la plaie, sans augmenter la lésion maternelle ou tout au moins sans courir de très grands risques de le faire. Notre conviction intime est que l'utérus en se contractant fait toujours au point où la paroi s'est déchirée un bourrelet résistant qui ne permet pas l'extraction par le vagin des parties fœtales qui ont fait irruption dans la cavité abdominale. *Voilà pourquoi, dans ce second cas, tout comme dans le premier, nous n'hésitons pas, avec Fehling et Bossi (1), à préconiser la laparotomie immédiate.*

Quant à la pratique conseillée par P. Dubois et Cazeaux, consistant dans l'agrandissement de la plaie utérine en vue d'une évolution et d'une sortie plus faciles du fœtus, elle pouvait être envisagée à une époque où l'extraction par les voies naturelles semblait nécessairement s'imposer ; mais elle ne saurait plus raisonnablement être discutée maintenant que la laparotomie a fait son œuvre. Il y a longtemps déjà que Scanzoni, Trask, Charpentier et Jolly se sont élevés contre cette façon d'agir. « A tous les points de vue, disait Jolly en parlant de l'incision conseillée par P. Dubois, nous croyons cette pratique non seulement impuissante, mais inutile et dangereuse et nous pensons qu'on doit la proscrire absolument ».

3° Nous restons en présence du troisième cas possible :

(1) Bossi, Ruptures de l'utérus pendant l'accouchement. A propos de 2 cas cliniques dont l'un avec pénétration du fœtus dans la cavité abdominale. Opération de Porro avec réduction du pédicule et guérison. *N. Arch. d'obst. et gynéc.*, Paris, 1893, VIII, 303-318.

l'accident ne modifie pas la situation du fœtus; la rupture se produit, et *l'enfant reste en place de la matrice*. Pendant longtemps et presque jusqu'à nos jours, les accoucheurs ont été unanimes à déclarer qu'il n'y avait dans ce cas là qu'un seul parti à prendre : procéder sans retard à l'extraction du produit de conception par les voies naturelles.

Et cependant, a-t-on le droit d'être si affirmatif ?

S'il est vrai que le traitement immédiat préconisé par la plupart s'impose quelquefois dans les cas d'utérus rompu avec fœtus inclus dans la matrice, nous sommes persuadé que *dans ces mêmes cas il est souvent préférable d'avoir recours à l'extraction par l'incision abdominale*.

Soit un cas de rupture utérine complète, large, pouvant permettre, entre ses bords, le passage de l'enfant situé dans l'utérus.

Outre qu'il paraît très difficile de pouvoir extraire ce fœtus, par voie vaginale, de cet utérus largement déchiré sans porter atteinte à la vitalité maternelle, nous ne voyons pas la nécessité, étant donné que la laparotomie s'impose de plus en plus dans ces sortes d'accidents très graves, de pratiquer coup sur coup, sur la même femme, deux interventions successives, en réservant imprudemment pour la fin celle qui, selon toute apparence, devrait être particulièrement favorable à la malade. Ne serait-il pas plus sage, au lieu de perdre un temps précieux en manœuvres d'une utilité douteuse, d'aborder immédiatement, par l'incision abdominale, l'utérus lésé, et, une fois sur le lieu même de la lésion, *de procéder en connaissance de cause à la fois au double traitement immédiat et consécutif*. Ainsi, ayant scrupuleusement satisfait, *en se hâtant*, à la plus essentielle des indications fournies par la rupture utérine en général, on pourrait avoir le sérieux espoir

d'arrêter, en cas de besoin, les deux complications les plus redoutables de l'accident qui nous occupe : l'hémorrhagie et l'infection.

Nous pensons donc qu'il y a des cas nombreux en présence desquels la laparotomie s'impose, *même quand l'enfant est resté en entier dans l'utérus*. L'incision abdominale est devenue, grâce à l'antisepsie, une pratique de choix à laquelle il faudra toujours sérieusement songer. On ne sera réellement autorisé à l'écarter de parti pris que :

1° *Dans les cas de rupture utérine incomplète, sous-péritonéale, dépourvue de toute complication hémorrhagique ou infectieuse ; cas qui ne justifient certainement pas l'ouverture de l'abdomen ;*

2° *Dans ceux, très rares, où le fœtus apparaissant à la vulve se montre d'une extraction facile pour l'accoucheur et sans danger pour la mère.*

Ajoutons que, d'une façon générale, l'extraction par l'incision abdominale a toujours donné de bien meilleurs résultats que l'extraction par le vagin. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les deux statistiques suivantes de Trask et de Jolly, dressées à une époque où les dangers d'une intervention chirurgicale n'étaient pas, ou guère encore, diminués par les bienfaits de l'antisepsie.

1° TRASK (*loc. cit.*).

Abandonnées.	Mortes	55.	Guéries	15	Mortalité	38	0/0
Ex. vag.	»	80.	»	38	»	68	0/0
Gastrotomie	»	7.	»	22	»	24	0/0

2° JOLLY (*loc. cit.*).

Expectation,	144.	Mortes	142.	Guéries	2	Guérison	1,45	0/0
Ex. vag.	382.	»	310.	»	72	»	29	0/0
Gastrotomie	38.	»	12.	»	26	»	68,4	0/0

Après ces considérations rapides sur le traitement immédiat, nous allons aborder sans plus tarder le traitement consécutif. Tant que la laparotomie n'eut pas définitivement conquis la place d'honneur qu'elle occupe aujourd'hui dans le traitement des ruptures de l'utérus, c'est presque toujours à l'extraction du fœtus par les voies naturelles qu'on avait recours, de même que c'est aussi par la filière génitale qu'on traitait le plus souvent la plaie utérine. Les divers procédés de traitement par le vagin employés sont :

Le drainage ;

Les injections antiseptiques ;

Le tamponnement ;

La suture de la déchirure par voie vaginale ;

L'hystérectomie vaginale.

Nous allons les étudier successivement dans cet ordre.

CHAPITRE III

Drainage.

Si l'on fait abstraction de la laparotomie qui n'a vraiment été appréciée que dans les dernières années de ce siècle, on peut dire que le drainage est le premier traitement sérieux et rationnel qui ait été appliqué, d'une façon suivie et persistante, aux ruptures utérines. L'expectation, dont nous avons précédemment fait le procès, ne mérite pas en effet d'être considérée comme un procédé curatif de traitement.

A l'étude du drainage se rattachent inséparablement les noms de Braun, de Schröder et de Frommel. Ce sont les trois véritables initiateurs du mode de traitement dont nous entreprenons l'étude ; ils l'ont créé, décrit et préconisé.

En 1874, Carl Braun traita le premier une rupture de l'utérus par le drainage péritonéal. Ce procédé antiseptique, dû à Chassaignac, était déjà employé dans le traitement des plaies profondes, et Braun n'eut que le mérite relatif de l'appliquer pour la première fois aux cas de rupture utérine.

La malade ainsi traitée succomba. Ce premier insuccès n'était certes pas fait pour plaider en faveur de la pratique nouvelle ; aussi, de 1874 à 1880, vit-on le silence absolu

(1) FROMMEL, Zur Therap. der Uterusruptur, *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1880, Bd V, Heft 2, S. 400. *Cent. für Gyn.*, Leipzig, 1880, p. 417.

se faire autour de cette malheureuse innovation. On commençait à croire que la tentative inaugurée par Braun ne sortirait plus de l'oubli où elle était tombée dès sa naissance, quand Frommel, assistant de Schröder, vint donner une nouvelle impulsion à l'œuvre à peine ébauchée et déjà en train de périliter. Il publia plusieurs cas de rupture utérine guéries par le drainage, et il se fit le défenseur de ce procédé de traitement dont il fixa la technique ainsi qu'il suit :

On fait d'abord un lavage, aussi complet que possible, des cavités utérine et péritonéale avec une solution chaude d'acide phénique à 2 pour 100. Puis, on introduit, par la voie vaginale, à travers la solution de continuité accidentelle de l'utérus, un drain de gros calibre qui ne doit dépasser la déchirure que de 2 à 3 centimètres au plus. Braun faisait usage de tubes simples rectilignes, Frommel préconisait les tubes en croix, Felsenreich ne se servait que de tubes en anse. Une fois le drain en place, il importe absolument, dit Frommel, de ne plus y toucher et de ne pratiquer aucune irrigation nouvelle, afin de donner le temps aux adhérences péritonéales de s'établir. Le drain est retiré définitivement quand il ne donne plus issue au moindre suintement.

Cette façon de procéder subit de nombreuses modifications.

Nous avons déjà vu quelles furent les diverses formes de drain tour à tour employées ; mais nous n'avons pas encore dit que certains auteurs osèrent pratiquer le drainage avec des tubes en verre, si dangereux par leur fragilité. — Falsenreich essaya de substituer au drainage intra-péritonéal, le drainage extra-péritonéal : le drain, poussé moins profondément, devait simplement atteindre

la déchirure sans la dépasser, c'est-à-dire sans se mettre en rapport direct avec la séreuse péritonéale. — D'autres accoucheurs vinrent ensuite qui conseillèrent les lavages antiseptiques répétés et le changement fréquent du drain, deux pratiques énergiquement repoussées par Frommel.

On le voit, le drainage est un procédé de traitement peu sûr, dont la technique, en voie d'évolution continue, a toujours été fort controversée. Il n'a réellement été pratiqué que de 1880 à 1885 ; mais, si l'on en croit les auteurs qui le conseillèrent, il donna pendant cette courte période des résultats satisfaisants.

Brossard (1) cite dans sa thèse 14 cas de guérison sur un contingent de 20 observations de rupture de la matrice traitées par le drainage : c'est une mortalité de 30 0/0 que Merz (2) porte à 40 0/0 dans son article paru dans les « *Arch. für Gynäk.* » de 1893. Pour notre part (3), nous sommes arrivé au pourcentage de guérisons suivant : 63, 57 0/0, ce qui équivaut à une mortalité de 36, 43 0/0 intermédiaire à celles fournies par les statistiques de Brossard et de Merz.

Nous n'essayerons pas de formuler un jugement en nous basant sur les chiffres qui précèdent ; nous craindrions trop de ne pas tomber d'accord avec la réalité générale des faits. Nous admettrons plutôt, pour ne pas trouver trop injuste le discrédit dans lequel le drainage est tombé de nos jours, qu'un nombre notable de cas de mort n'ont pas été publiés.

(1) BROSSARD, *loc. cit.*

(2) MERZ, Traitement de la rupture utérine. *Arch. für Gynäk.*, Berlin, 1893, Bd XLV, Heft 2.

(3) Voir (p. 163) notre « tableau rétrospectif général » des 271 cas de rupture de la matrice que nous avons recueillis.

Le drainage n'a rien à envier à l'expectation ; à peu de chose près, ces deux méthodes de traitement ont eu le même sort : elles sont l'une et l'autre également délaissées aujourd'hui. Pouvait-il en être autrement d'un système thérapeutique basé sur des croyances fausses et étayé par des idées erronées.

Autrefois, on croyait que le séjour prolongé dans la cavité péritonéale de caillots sanguins, de liquide amiotique, de débris placentaires, d'écoulement lochial, était la source certaine d'une péritonite septique rapidement mortelle. Aujourd'hui, se fondant sur des faits cliniques et expérimentaux indiscutables, les auteurs sont d'avis que la séreuse péritonéale tolère très bien le contact de quantités même considérables de substances, pourvu toutefois qu'elles soient parfaitement aseptiques. Or il est avéré que les liquides épanchés dans le péritoine à travers la rupture utérine ne sont pas septiques par eux-mêmes ; ils peuvent le devenir, mais seulement par pénétration et contact d'agents septiques extérieurs. Les anciens se sont totalement mépris sur l'origine du mal ; ils le croyaient dedans quand il était dehors. Par le drainage, ils voulaient débarrasser l'organisme de germes nocifs non existants et ils ne voyaient pas qu'ils ouvraient une porte à la cause infectante méconnue.

C'est Felsenreich (1), en 1881, qui entrevit le premier l'erreur commise. Il lança son cri d'alarme, et, après s'être fait un chaud partisan du drainage, il devint, sans hésitation, son adversaire résolu. Le nouveau mode de traitement lui parut non seulement inutile mais même dangereux. Inutile, oui il l'est, et pour deux raisons : d'abord,

(1) FELSENREICH, Beitrag zur Therapie der Uterusruptur. *Arch. für Gynäk.*, 1881, Bd XVII, Heft 3, S.490.

et nous l'avons déjà dit, parce que le péritoine peut parfaitement résorber sans danger des liquides aseptiques ; ensuite, parce que le drainage par lui-même est totalement impuissant à débarrasser les parties abdominales déclives des produits qu'elles contiennent. Il est dangereux, en outre, parce qu'il peut permettre à des produits septiques extérieurs de venir infecter l'organisme. Qui ne voit, en effet, le danger résultant de l'établissement à demeure d'un tube creux, capable d'amener du dehors mille germes infectieux dans un milieu organique éminemment favorable à leur développement et à leur multiplication ?

Si maintenant, nous ajoutons à ces critiques fondamentales, celle, non moins essentielle, qui résulte de l'impuissance où se trouve le drainage de lutter contre l'hémorragie qui complique toute rupture de l'utérus, nous aurons, semble-t-il, *suffisamment justifié l'abandon de ce procédé thérapeutique, intéressant surtout parce qu'il a marqué la première étape dans l'application de l'antisepsie au traitement des ruptures utérines.*

CHAPITRE IV

Injections antiseptiques.

Les injections antiseptiques commencèrent à être employées dès que l'usage des drains fut jugé dangereux.

C'est en 1883, peu de temps après la campagne menée par Felsenreich (1) contre le drainage dans les « *Archiv. für Gynækologie* » de Berlin, que s'observèrent, en France, les premiers faits de guérison de rupture de l'utérus par les injections antiseptiques : M. Bar (2) cite trois succès obtenus par ce mode de traitement, en 1883, par Tarnier à la Maternité ; plus un obtenu par Alberts. L'année suivante, Pajot en obtint un quatrième que nous avons trouvé signalé dans la thèse de son élève Labusquière (3).

C'étaient d'heureux auspices ; et il est indéniable que ces premiers succès contribuèrent grandement à assurer la vogue rapide des injections antiseptiques, tout en occasionnant la chute du drainage qu'elles étaient momentanément appelées à remplacer.

Presque immédiatement après l'entrée en scène de cette nouvelle méthode de traitement, les vues des accoucheurs divergèrent sur son compte ; si bien que la pratique des injections ne tarda pas à être diversement conseillée.

Voici comment on procédait à la Maternité de Paris : aussitôt après l'accouchement, on appliquait sur l'abdo-

(1) FELSENREICH, *loc. cit.*

(2) BAR, *Méthodes antiseptiques*, 1883.

(3) LABUSQUIÈRE, *loc. cit.*

men un pansement compressif destiné à abaisser l'utérus le plus possible. On maintenait sur le ventre de la glace, soit en vessie, soit sous forme de cataplasmes glacés, et on se contentait de pratiquer quotidiennement des injections vaginales, sous faible pression, afin de ne pas faire pénétrer du liquide dans l'utérus.

Il était d'autres accoucheurs qui considéraient ces injections vaginales superficielles comme insuffisantes. Ceux-là se déclaraient au contraire partisans d'injections intra-utérines profondes et fréquemment renouvelées dans le but de débarrasser les organes génitaux de tout détritus putrescible.

Il y en avait enfin, mais c'étaient les moins nombreux, qui préféraient aux injections intermittentes l'irrigation continue, si fatigante pour la femme, si dangereuse quand on ne prend pas soin d'employer des solutions faiblement antiseptiques.

Le liquide employé fut d'abord la liqueur alcoolique de Van-Swieten pure. Plus tard, pour éviter tout danger d'intoxication, on ne fit usage que de solutions de sublimé à 1 p. 4.000 ou 1 p. 5.000. Aujourd'hui, c'est encore de ces solutions faibles de bichlorure de mercure qu'on se sert le plus communément ; mais, il est bon de savoir qu'après l'emploi de solutions mercurielles *même faibles*, il est indispensable d'irriguer l'utérus avec un courant abondant d'eau boriquée ou d'eau bouillie pour empêcher la formation de tout dépôt mercuriel pouvant donner naissance à de l'hydrargyrisme. — On peut tout aussi avantageusement utiliser des solutions de permanganate de potasse à 1 p. 1.000, ou de biiodure de mercure à 1 p. 4.000. — L'acide borique a toujours été peu employé à cause de son faible pouvoir antiseptique. — Quant au phénol, son usage

n'est pas sans danger : Tarnier recommande surtout de s'abstenir d'acide phénique chez les femmes en état de *shock*, « car cet agent produisant à la suite de son absorption de l'abaissement de la température et quelquefois même du collapsus, son emploi pourrait aggraver l'état de la malade ».

Suivent quelques statistiques se rapportant au traitement des ruptures utérines par les injections antiseptiques.

Kroner (1), dans un très intéressant mémoire publié en 1884, montre le peu de valeur du drainage en opposant à ce procédé de traitement une série de 47 observations de rupture utérine traitées par les injections antiseptiques : 22 femmes guérissent, ce qui établit une mortalité d'environ 54 0/0.

Dans sa thèse, Brossard (2) arrive à des résultats analogues : il note 30 guérisons sur un nombre total de 63 observations de rupture de l'utérus traitées toujours par les injections antiseptiques avec ou sans bandage compressif de l'abdomen (3).

Il est intéressant de remarquer que dans son relevé, fait en 1893, des résultats fournis par les différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus, Merz (4) passe sous silence le procédé qui nous occupe. C'est que déjà à cette époque les injections antiseptiques avaient cédé la place au tamponnement. Malgré sa grande simplicité, la méthode des injections a toujours laissé fort

(1) KRONER, Zur Therap. der puerperalen Uterusrupt. *Cent. für Gynäk.*, juin 1884, n° 24.

(2) BROSSARD, *loc. cit.*

(3) Voir notre statistique personnelle dans le « tableau rétrospectif général » que nous publions, p. 163.

(4) MERZ, *loc. cit.*

à désirer. Ses heureux résultats, enregistrés par Kroner et Brossard, n'ont été le plus souvent observés que dans des cas de rupture utérine incomplète, sous-péritonéale, à pronostic bénin. Mais, nous ne pensons pas que les injections antiseptiques constituent un bon procédé de traitement des ruptures utérines complètes (1). Quelles que soient les précautions prises, on s'expose toujours, dans ces cas-là, à injecter à travers la déchirure une quantité plus ou moins considérable de liquide dans l'abdomen. Fait grave, si l'on considère la puissance d'absorption et de résorption de la séreuse péritonéale. Une péritonite, une intoxication généralisée, peuvent être les conséquences immédiates, fatales, de la pénétration et du séjour dans les culs-de-sac péritonéaux inférieurs d'un de ces antiseptiques violents dont on est déjà obligé de neutraliser l'effet toxique avec de l'eau bouillie dans la pratique journalière des injections intra-utérines.

Certains vulgarisateurs de la méthode des injections avaient vu le danger. C'est dans le but d'y remédier qu'ils préconisaient les injections vaginales superficielles avec lesquelles la crainte de voir du liquide pénétrer dans la cavité péritonéale devient dans tous les cas absolument illusoire. Mais alors, nous rebroussons chemin, nous revenons presque, sans nous en douter, au premier mode de traitement : c'est l'expectation qui reprend ses droits. La patiente, une fois l'accouchement terminé, restelivrée à

(1) Notre avis, ainsi que nous le déclarons dans nos conclusions générales, est que, même dans les cas de rupture utérine incomplète, sous-péritonéale, dépourvue de toute complication grave (hémorragique ou infectieuse), les injections antiseptiques seules sont un mauvais mode de traitement. Dans ces cas bénins, on doit leur préférer le tamponnement auquel il est cependant bon de les associer dans les limites que nous fixerons ultérieurement.

elle-même, à la bonne nature, et le praticien borne son ministère à la pratique de quelques insignifiantes irrigations vulvaires et vaginales dans le vague espoir de barrer la route à l'infection.

Et l'hémorrhagie, comment la traite-t-on ? Elle n'est cependant pas une complication négligeable vu sa fréquence, son abondance et sa ténacité dans cet état de gravidité de la matrice et de dilatation des vaisseaux utérins. Pas plus que le drainage, les injections antiseptiques ne sont capables de mettre un terme à l'écoulement sanguin ; pas plus que le drainage, elles ne sont suffisantes pour enrayer une infection du péritoine par pénétration de germes infectieux dans sa cavité ; de sorte que, sauf dans certains cas peu graves (1) où il est indiqué de les associer au tamponnement, les injections antiseptiques se montrent tout aussi peu fertiles en bons résultats que le procédé qu'elles ont supplanté.

(1) Nous entendons par cas peu graves, les cas de rupture utérine incomplète interne, sous-péritonéale, dépourvue de toute complication hémorrhagique ou infectieuse.

CHAPITRE V

Tamponnement.

Le tamponnement est une méthode de traitement des ruptures utérines qui date à peine de ces dernières années : il n'en est point question dans les thèses précédentes, pas même dans celle de Brossard soutenue, assez récemment, en 1890.

C'est Dührssen le premier qui a eu l'idée d'appliquer le tamponnement intra-utérin aux ruptures de l'utérus. Après lui, R. Braun, Gessner, Doorman furent les principaux vulgarisateurs de la méthode. Ils en obtinrent tous quelques succès, mais jamais les résultats fournis par le procédé de Dührssen n'ont été réellement brillants ainsi que le prouvent les statistiques suivantes :

Piskacek	57 cas	Guérisons, 44 0/0
Léopold	6 cas	— 50 0/0
Clinique Tauffer	7 cas	— 14 0/0
Merz	15 cas	— 40 0/0

Pour notre part, nous avons recueilli 20 cas de rupture utérine traitées par le tamponnement : 10 femmes ont guéri ; soit donc 50 0/0 de guérisons. En établissant la moyenne des différents pourcentages qui précèdent, nous atteignons la faible proportion de 39,60 0/0. — Mortalité : 60,40 0/0. On verra plus loin, par comparaison, combien sont meilleurs les résultats fournis par la laparotomie en général.

Une fois décidé, le tamponnement doit être fait immé-

diatement avec de la gaze iodoformée. Voici comment Tarnier décrit la manière de procéder à ce pansement :

« Après une toilette vulvaire et une injection vaginale antiseptique, on met à découvert le col utérin à l'aide de valves de Sims, on en saisit les deux lèvres avec des pinces de Museux, et on l'abaisse en combinant les tractions faites sur ces pinces à la pression exercée sur le fond de l'utérus par la paroi abdominale. Le col et le segment inférieur de l'utérus peuvent être alors inspectés dans la plus grande partie de leur étendue. On explore la solution de continuité de l'utérus, et au besoin on applique une pince hémostatique sur une artère donnant du sang, mais il est rare que cela soit nécessaire. On saisit alors avec une pince tire-balle les bords de la déchirure et on fait une toilette minutieuse avec de petits tampons de coton hydrophile trempés dans la solution de sublimé...

« On procède ensuite au tamponnement de l'utérus. A cet effet, on introduit jusqu'au fond de l'organe une première bande de gaze iodoformée de dix centimètres de largeur environ, dont le chef inférieur reste dans le vagin ; puis, à travers la plaie utérine, on glisse une seconde bande de gaze qui va se perdre jusqu'à une certaine distance dans la profondeur, soit dans le péritoine, soit dans le ligament large, suivant que la rupture est intra ou extra-péritonéale. Cela fait, on retire les pinces à fixation, et on continue à remplir de gaze iodoformée le col et le vagin. On applique enfin un bandage abdominal compressif, dans le but de fixer l'utérus et de le maintenir abaissé. Dès lors, les deux lèvres de la plaie utérine ne donnent plus lieu à du suintement sanguin, et, s'il n'est passé aucun principe septique dans le péritoine, la guérison pourra être obtenue.

« Au bout de 24 ou 48 heures, suivant l'abondance de l'écoulement, on renouvellera le tampon iodoformé du vagin, mais on maintiendra plus longtemps celui de l'utérus. »

Ce manuel opératoire préconisé par Tarnier n'est pas le seul qui ait été employé. Nous avons relevé quelques cas de guérison obtenue par simple tamponnement vaginal sans introduction de gaze dans la cavité utérine (1 et 2). Mais ne nous y trompons pas, ce sont là des faits tout à fait exceptionnels ; et ces très rares succès ne sauraient nous faire attribuer au simple tamponnement du vagin plus de valeur qu'il n'en mérite. D'ailleurs, nous devons ajouter qu'aucun accoucheur ne s'est vraiment fait le défenseur du tamponnement vaginal exclusif. Dührssen, en introduisant sa méthode dans la pratique, a pris soin de bien spécifier que le tamponnement, pour être efficace, doit être non seulement intra-vaginal, mais même et surtout intra-utérin et intra-péritonéal. Le drainage de la lésion utérine avec une simple mèche de gaze iodoformée, tel que l'a conseillé Tarnier, lui paraît absolument insuffisant. Il faut, dit Dührssen, tamponner à travers la déchirure la cavité abdominale le plus haut possible, bourrer ensuite l'utérus de gaze iodoformée, et ainsi, grâce à ces deux tampons intra-utérin et intra-péritonéal placés de part et d'autre de la solution de continuité utérine et fortement comprimés à l'aide d'un bandage abdominal, on peut espérer obturer les vaisseaux béants de la plaie, et par tant arrêter l'hémorrhagie. C'est du tamponnement ainsi

(1) DOHRN, Ein Fall von Geheilter Uterusrupur. *Cent. f. Gynæk.*, 17 mars 1894.

(2) QUEISNER, Geheilte Fall von Uterusrupur. *Cent. f. Gynæk.*, 17 mars 1894.

pratiqué que Doormann (1) voulait parler quand il disait : « La plupart du temps, le tamponnement, conseillé par Dührssen, suffit, c'est la méthode de choix. Mais dans certains cas exceptionnels la laparotomie s'impose. »

Nous sommes loin de penser que la vérité ait été formulée par Dormann dans cette proposition. Nous serions plutôt disposé à prendre le contre-pied de sa théorie et à dire en renversant les termes : *c'est la laparotomie qui est la méthode de choix, et ce n'est que dans certains cas exceptionnels que le tamponnement s'impose.*

Seules, les ruptures incomplètes internes, sous-péritonéales, à pronostic bénin (2), doivent être traitées par le tamponnement associé aux injections antiseptiques et à la compression abdominale. Ces diverses méthodes judicieusement combinées sont susceptibles d'empêcher l'infection de se produire et d'arrêter la légère hémorrhagie qui complique les simples fissures internes de la tunique musculaire de l'utérus.

Mais les conditions changent du tout au tout si l'on a affaire à une rupture utérine complète intéressant le péritoine. On ne saurait plus, en pareil cas, avoir recours aux thérapeutiques incertaines de tout à l'heure. Les gros vaisseaux utérins sous-péritonéaux sont rompus, et leurs segments béants sont l'origine d'une hémorrhagie si considérable que le tamponnement serait un procédé hémostatique insuffisant pour y mettre un terme. La laparotomie devient une nécessité opératoire, car elle est seule capable de nous faire voir la source vraie de l'écoulement sanguin,

(1) DOORMANN, *Cent. für Gynæk.*, 1894, n° 499.

(2) Nous avons déjà dit ce que nous entendons par rupture utérine à pronostic bénin.

et par conséquent, elle seule peut nous permettre de la tarir par ligature.

Il résulte de cette courte discussion, que nous ne sommes pas loin d'adopter pour notre propre compte les conclusions auxquelles aboutit Schultz de Budapest dans son travail sur « l'étiologie et le traitement des ruptures de l'utérus » (1) : « *Toutes les fois, dit-il, que le diagnostic de rupture complète est dûment établi il faut faire la laparotomie... Dans les cas de rupture incomplète tamponner avec de la gaze iodoformée... Sur le ventre bandage de flanelle compressif et solide, position élevée du tronc.* »

(1) SCHULTZ, Zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. *Orvosi Hírlap*, 1891, nos 15, 17 et 19 et *Cent. f. Gynæk.*, 1892, n° 1, p. 22.

CHAPITRE VI

Suture de la déchirure par le vagin.

Nous tâcherons d'être bref sur ce mode de traitement fort rarement mis en usage. Nous ne pouvons citer qu'un seul cas certain de rupture utérine traitée de cette façon ; et encore, ne s'agit-il que d'une suture partielle de la déchirure, tentée en désespoir de cause, dans un but hémostatique, après l'essai infructueux des autres procédés de traitement par voie vaginale. Voici le fait ; il est rapporté par Cholmogoroff (1) dans la « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* » de Stuttgart :

Une parturiente se présente avec une vaste déchirure, longue de 10 centimètres, siégeant obliquement sur le segment inférieur de l'utérus. Cet organe est vide : le fœtus et le placenta ont fait l'un et l'autre irruption dans la cavité péritonéale. Le palper permet de sentir nettement l'enfant en avant, en rapport immédiat avec la paroi antérieure de l'abdomen.

L'hémorrhagie est considérable, et menace, si elle continue, d'épuiser la malade.

Cholmogoroff introduit la main dans l'utérus, et, à travers la déchirure bas-située, parvient à saisir l'enfant qu'il extrait par les voies naturelles.

Le placenta est ensuite retiré de la même façon.

(1) CHOLMOGOROFF, Traitement des ruptures complètes de l'utérus, *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, année 1895, t. XXXI, p. 89.

Le sang s'écoule toujours abondamment par la vulve. Des injections antiseptiques chaudes, un tamponnement à la gaze iodoformée, de la compression abdominale restent tour à tour sans effet.

L'accouchée perd ses forces et s'affaibit à vue d'œil ; la pâleur et le froid envahissent ses téguments. Cholmogoroff envisage les chances d'une laparotomie immédiate : craignant que le choc opératoire ne soit funeste à cette malade épuisée, il décide de tenter la suture de la plaie par voie vaginale.

Il place 10 points dans l'angle inférieur de la rupture : l'écoulement sanguin diminue progressivement d'intensité, puis cesse complètement. L'angle supérieur de la solution de continuité, inaccessible, est laissé béant. Une longue mèche de gaze iodoformée est introduite par cet orifice dans la cavité péritonéale ; le vagin est tamponné ; le ventre comprimé à l'aide d'un bandage ; et la femme soumise au traitement général, stimulant et tonique, des ruptures utérines.

Les fils sont enlevés le dixième jour et la malade guérit.

Ce premier succès n'a nullement modifié l'opinion de Cholmogoroff sur le traitement des ruptures utérines. Il se déclare lui-même, après la relation du fait précédent, fort peu partisan de la méthode dont les circonstances lui ont dicté l'emploi : la suture de la déchirure par le vagin est bien moins un mode de traitement défini, ayant ses indications bien particulières, qu'une manœuvre de hasard, un pur expédient utilisable dans certains cas indéterminés. Le plus souvent, le choix est à faire entre le tamponnement et la laparotomie ; celui-là trouve surtout son indication dans les cas de rupture incomplète interne, celle-ci

s'impose nécessairement dans tous les cas de rupture complète.

En théorie, la suture de la déchirure par le vagin nous paraît compléter heureusement l'action insuffisante des injections antiseptiques et du tamponnement. Il semble bien, en effet, que ces trois méthodes associées doivent donner les plus heureux résultats dans la grande majorité des cas de rupture de la matrice : après une désinfection complète des voies génitales et un nettoyage minutieux des bords de la plaie, on arrête l'hémorrhagie en suturant par le vagin les bords de la déchirure, et on fait un tamponnement dans le double but de prévenir l'infection et de tarir antiseptiquement le léger suintement sanguin qui pourrait encore se produire à la suite d'une suture difficilement et imparfaitement pratiquée par voie vaginale.

Mais la théorie est quelquefois mauvaise conseillère ; elle ne prévoit pas toujours les difficultés avec lesquelles la pratique nous met sans cesse aux prises, si bien que ce qui paraît *théoriquement vrai* peut bien être au fond *pratiquement faux*. Nous sommes d'avis, que la suture de la déchirure par le vagin est un procédé de traitement qu'on ne doit jamais, ou tout au moins *très rarement*, mettre en pratique. D'abord, et c'est l'opinion de ceux-là mêmes qui l'ont employé, ce procédé ne peut raisonnablement être tenté que dans un nombre fort restreint de cas : le plus souvent la lésion utérine remonte beaucoup trop haut pour qu'il soit possible de l'aborder par le vagin. Ensuite, nous sommes convaincu qu'en présence même d'une lésion bas-située (déchirure du col), la suture par le vagin ne peut donner que des résultats incertains et partant mauvais : s'il s'agit d'une rupture incomplète interne donnant peu de sang, la suture par le vagin devient non seulement

superflue, mais nous dirons même dangereuse parce qu'on peut, en la pratiquant, léser les organes abdominaux ; s'il s'agit d'une rupture complète, cause d'une hémorrhagie abondante, elle devient alors d'une insuffisance notoire. Dans le cas sus-cité, Cholmogoroff a réussi à arrêter l'écoulement sanguin par le procédé que nous combattons ; mais cette hémostase a été plutôt l'effet du hasard que le résultat d'une pratique sûre. Cholmogoroff suturait et liait sans voir ; comment aurait-il vu la source d'une hémorrhagie qui ne siège pas tant dans l'utérus, que dans le tissu pelvien en dehors de l'utérus, c'est-à-dire dans le parametrium. Les déchirures complètes de l'utérus n'intéressent pas seulement la paroi musculaire utérine mais le plus souvent aussi les ligaments larges et les vaisseaux de gros calibre inclus dans leurs feuillets (vaisseaux utérins et utéro-ovariens). Dans ce cas, *les sutures en masse faites à l'aveugle par le vagin ne servent à rien ; mais le ventre ouvert et la femme placée dans la position de Trendelenburg, on pourra voir facilement les vaisseaux qui donnent et les lier séparément* (1).

(1) Nous venons de relever, trop tard pour en parler au cours de ce chapitre, un second cas de rupture utérine traitée par la méthode dont il vient d'être question. La femme est morte ; de sorte que le pourcentage des guérisons obtenues par l'emploi de la suture par le vagin, passe brusquement et sans transition de 100 0/0 à 50 0/0. Telle est l'inconséquence forcée des statistiques ! *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pædiatrie de Bordeaux*, mars 1899.

CHAPITRE VII

Hystérectomie vaginale.

On donne le nom d'hystérectomie vaginale à l'ablation de l'utérus seul ou de l'utérus avec les annexes, par le vagin.

L'hystérectomie vaginale est une opération ancienne. On trouve, en effet, cette opération mentionnée dès le deuxième siècle.

La première observation authentique est due à Ambroise Paré, qui fit l'opération en 1575. La technique fut étudiée plus tard par Sauter (1822), Récamier (1828), Blundell (1828), Clément (1830), dans tous ses détails.

Sauter insista sur la marche générale de l'opération, conseilla l'abaissement de l'organe, et la bascule en avant. Récamier alla plus loin ; il étudia l'hémostase, non seulement au moyen de ligatures, mais aussi au moyen d'une lame de plomb, avec laquelle il voulait faire la forcipressure des vaisseaux. Enfin, pour faciliter l'abaissement de l'utérus, il conseilla les débridements vaginaux. Blundell eut recours au décubitus latéral et à la bascule du corps de l'utérus en arrière. Enfin Clément fit des ligatures à étages successifs sur les ligaments larges.

L'opération, telle qu'on la pratique aujourd'hui, a donc été élaborée par ces quatre auteurs, dont on ne saurait taire le nom sans injustice. Les gynécologistes modernes ont perfectionné les détails, vulgarisé l'opération, grâce à la découverte de l'antisepsie.

L'opération, tombée dans l'oubli, fut reprise en 1878, en Allemagne, par Czerny, Billroth, Schröder, A. Martin, Olshausen. En France, Péan en 1882, Demons, Bœckel, M. Terrier un peu plus tard, pratiquèrent l'opération.

Péan enleva l'utérus par tranches successives ; Muller, pour faciliter le traitement des ligaments larges, pratiqua l'hémisection médiane ; M. Doyen, l'incision médiane, antérieure, pour faciliter la bascule en avant de Sauter.

Jusqu'en 1894, l'hystérectomie vaginale avait été à peu près exclusivement réservée aux affections utérines suivantes : métrite hémorrhagique, rebelle à tout traitement ; cancer du col ou du corps de la matrice, lorsque ni le vagin, ni la vessie, ni le rectum n'étaient envahis par le néoplasme ; tuberculose de l'utérus, lorsque l'état des poumons ne s'opposait pas à toute intervention radicale ; fibrome utérin intra-ligamentaire auquel on ne pouvait appliquer les procédés d'énucléation, ou de myomotomie vaginale par morcellement, mais qui néanmoins ne dépassait pas l'ombilic ; métrite chronique avec suppurations annexielles (Péan).

En 1894, Neugebauer ajouta à la liste précédente des affections utérines qui peuvent réclamer l'hystérectomie vaginale, une lésion accidentelle de la matrice qu'il jugea justiciable aussi de l'opération qui nous occupe : nous voulons parler de la rupture utérine, ou plutôt de certains cas particuliers de rupture utérine.

C'est donc Neugebauer (1) qui, sur la fin de ce siècle, pratiqua la première hystérectomie vaginale pour rupture de l'utérus (1894). Il fut suivi de près, dans cette voie inau-

(1) NEUGEBAUER, *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 6 Congress*, S. 356.

gurale, par Chrobak (1) (1894-1895 ?) et Dürhssen (2) (1896). Puis vinrent : Winter (3) (1898), Iwanow (4) (1899) et Solowig (5) (1899). *La castration utérine par le vagin a donc été pratiquée en tout six fois pour rupture de la matrice.*

Avant de passer à l'examen de ces cas, nous allons donner un rapide aperçu de la technique opératoire.

Nous n'avons point l'intention d'aborder ici l'étude complète des divers procédés d'hystérectomie vaginale ; on trouvera les détails techniques, relatifs à chacun d'eux, dans les beaux ouvrages de Baudron (6), de Secheyron (7) et de Delagénère (8). Nous bornerons notre rôle à indiquer les multiples procédés qui ont été imaginés, ainsi que les principes généraux fondamentaux de l'opération.

Les divers procédés d'hystérectomie vaginale peuvent être réunis en trois groupes ou variétés :

I. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC PINCEMENT DES VAISSEAUX. Dans cette première variété, particulièrement en honneur en France, rentrent les procédés de Péan (*morcelement par résections transversales*), de M. Segond (*évi-*

(1) CHROBAK, *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.* 6 Congress, S. 359.

(2) DÜHRSSSEN, *Der vaginale Kaiserschmitt (Nebst Bericht über eine erfolgreiche vaginale Exstirpation der rupturirten Uterus unmittelbar postpartum)*, Berlin, 1896, S. Karger.

(3) WINTER, article de Schröder : De l'hystérectomie vaginale totale dans les cas de cancer ou de rupture. *Zeitsch. f. Geburtsch. u. Gynäk.*, année 1898, XXXIX, 3.

(4) IWANOW, Totale vaginale Exstirpation einer wahrend der Geburt rupturirten Gebärmutter. *Cent. für Gynäk.*, Leipz., 1899, XXIII, 33-36.

(5) SOLOWIG, *Cent. für Gynäk.*, 15 novembre 1899.

(6) BAUDRON (Em.), *De l'hystérectomie vaginale*, Paris, 1895.

(7) SECHEYRON, *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*, Paris 1889.

(8) DELAGÉNIÈRE, *Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1899.

dement central conoïde), de M. Doyen (*hémisection antérieure*), de MM. Quénu-Muller (*hémisection totale de l'utérus*).

II. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE AVEC LIGATURES. En France, l'hémostase par ligature n'a guère d'adeptes ; elle est surtout pratiquée en Allemagne. Dans cette seconde variété rentrent les procédés de Billroth, de Martin et de Schröder.

III. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE SANS PINCES A DEMEURE NI LIGATURES. Cette troisième variété ne comprend que le procédé de M. Tuffier (1). L'auteur, dans une récente séance de la Société de chirurgie, l'a ainsi décrit :

« Je pratique l'ablation de l'organe suivant les règles ordinaires ; mais lorsque l'utérus a basculé, au lieu de saisir les ligaments larges dans des pinces à demeure, je les serre fortement entre les mors de mon *angiotribe*, qui est ensuite immédiatement retiré..... Pour pratiquer l'hémostase à l'aide de l'angiotribe, deux précautions seulement à prendre : la première consiste à serrer à fond l'instrument ; la deuxième à serrer sur place, c'est-à-dire à ne point dévier de l'axe du vagin pendant l'effort, afin d'éviter la déchirure des ligaments larges par traction. »

Les auteurs dont nous venons de parler préconisent, naturellement, leurs procédés. Dans le cas où l'utérus s'abaisse facilement jusqu'à la vulve, il est évident que tous ces procédés sont également applicables ; l'opérateur peut donc choisir l'un d'eux indifféremment. Mais quand l'utérus est volumineux, s'abaisse difficilement, il faut savoir être éclectique. L'opérateur pourra encore dans ces cas tenter le procédé qui lui est le plus familier ; mais les

(1) TUFFIER, *Soc. de chir.*, 5 juin 1895.

difficultés croissant, il ne doit pas hésiter à lui en substituer un autre qui se prête mieux aux exigences du moment. Ainsi on combinera l'hémisection antérieure de M. Doyen avec la résection transversale du col de Péan ; le procédé de morcellement de ce dernier avec l'évidement conoïde de M. Segond, et ainsi de suite.

Après cet exposé général des divers procédés d'hystérectomie vaginale, *tous également applicables aux cas de rupture utérine*, nous croyons utile d'indiquer les principes fondamentaux de l'opération.

Il existe 7 temps opératoires principaux. Ils sont :

1° Préhension de l'utérus et son abaissement, si possible ;

2° Incision circulaire de la muqueuse vaginale tout autour du col ;

3° Décollement de la vessie et du rectum. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine ;

4° Hémostase des ligaments larges : pincement de ces ligaments avec des pinces spéciales ou placement de ligatures ;

5° Section des ligaments larges entre les pinces et les bords latéraux de l'utérus, ou leur section en dedans des ligatures ;

6° Extirpation de l'utérus, et, s'il est possible, ablation des annexes, après avoir placé une pince au delà de l'ovaire et de la trompe ;

7° Tamponnement de la cavité créée par l'ablation de l'utérus si l'hémostase est faite à l'aide de pinces laissées à demeure. Suture de la lèvre antérieure à la lèvre postérieure de la plaie, si les ligaments larges ont été sectionnés après la pose des ligatures.

Quelques mots enfin sur les soins consécutifs : Après

l'opération, la malade sera couchée sur le dos, les genoux demi-fléchis et soutenus par un coussin ; les pinces reposeront sur un drap plié en quatre ; une sonde à demeure sera laissée pendant deux jours ; les pinces seront enlevées quarante-huit heures après l'opération. Si on en a laissé plusieurs, chacune d'elles sera bien dégagée du faisceau, entr'ouverte et retirée lentement, sans secousse,

Les mèches de gaze iodoformée resteront en place quatre jours. Six ou huit heures après leur ablation on donnera à la malade la première injection vaginale. Celle-ci sera faite avec une solution d'acide phénique à 1/100, lente, à jet faible, le siège étant relevé. La malade recevra ensuite matin et soir une injection jusqu'à la cessation de tout écoulement. Les lèvres de la plaie s'adossent et la cicatrisation se fait régulièrement, en laissant habituellement une simple cicatrice linéaire.

Nous en avons fini avec les détails techniques ; *nous allons aborder l'étude de la valeur du procédé opératoire en question dans les ruptures de l'utérus.*

Nous avons déjà dit que l'hystérectomie vaginale avait été pratiquée en tout 6 fois pour rupture utérine. Jamais encore ce procédé de traitement n'a été employé en France, et nous ne l'avons trouvé signalé dans aucun travail antérieur écrit en langue française (1).

Sur les 6 malades qui ont été traitées par la castration utérine vaginale, 3 ont guéri, soit une mortalité de 50 0/0. Nous avons condensé ces 6 observations dans un tableau à la fin de ce chapitre.

(1) Nous ne pouvons avoir en vue, en disant cela, que *l'hystérectomie vaginale dans les ruptures de l'utérus.*

Neugebauer (1) et Chrobak (2) avaient déjà utilisé sans succès ce nouveau procédé opératoire dans deux cas différents de rupture de la matrice, quand, au 6^e Congrès de la Société Allemande de gynécologie, Fehling éleva le premier la voix pour défendre une méthode qui ne comptait encore que de fort rares partisans. L'opinion de Fehling, soutenue aussi par Neugebauer, ne tarda pas à devenir celle de la majorité de l'école allemande ; mais, elle n'a fait que peu d'adeptes à l'étranger où elle a rencontré plutôt des détracteurs au nombre desquels se place Solowig (3), ennemi autorisé du traitement de la matrice rompue par la castration utérine vaginale.

Voici par quels arguments Schröder (4) établit la valeur de l'hystérectomie vaginale dans les ruptures de l'utérus.

Il tire de l'examen de nombreuses statistiques cette conséquence que les anciennes méthodes de traitement (5) donnent des résultats peu encourageants, et que par tant la création d'une nouvelle thérapeutique opératoire s'impose. D'après lui (Schröder), l'opération qu'il im-

(1) NEUGEBAUER, *loc. cit.*

(2) CHROBAK, *loc. cit.*

(3) SOLOWIG, Doit-on pratiquer l'hystérectomie par le vagin ou par l'abdomen dans les ruptures de l'utérus. *Cent. f. Gynäk.*, 1^{er} avril 1899.

(4) SCHRÖDER, De l'hystérectomie vaginale totale dans les cas de cancer ou de rupture. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.* XXXIX, 3, année 1899.

(5) Par anciennes méthodes de traitement, Schröder entend non seulement la plupart des méthodes que nous avons déjà étudiées, mais encore toutes celles que nous étudierons dans la seconde partie de notre thèse. L'hystérectomie vaginale, en effet, n'a été pratiquée, pour rupture utérine, que postérieurement à l'hystérectomie abdominale totale : celle-ci date de 1890, celle-là de 1894. Quant à la laparotomie simple ou avec suture, quant à l'opération de Porro et autres méthodes dont il sera question ultérieurement, elles sont toutes antérieures même à l'hystérectomie abdominale totale.

porte surtout de faire accepter parce qu'elle est susceptible de donner les meilleurs résultats dans les cas de rupture de l'utérus, c'est l'hystérectomie vaginale. Il peut être difficile de faire un choix entre une thérapeutique conservatrice et l'extirpation. Mais le plus souvent, il vaut mieux pencher pour la deuxième alternative, et cela pour les raisons suivantes : le traitement conservateur n'est pas facile et ne peut être pratiqué dans tous les milieux ; par contre, l'opération est aisée, l'extirpation étant plus facile que dans les cas de myomes. Les sutures sont plus difficiles à placer que dans l'opération césarienne, et si celle-ci peut donner lieu à des ruptures dans les accouchements postérieurs, à plus forte raison serait-ce le cas ici.

Bref, Schröder estime qu'il est bon, dans les cas de rupture utérine, d'enlever l'organe lésé. Ce point acquis ; il commence par écarter l'opération de Porro qu'il juge trop souvent insuffisante, et il ne se trouve plus en présence que des deux hystérectomies totales : l'abdominale et la vaginale. Il se prononce en faveur de l'hystérectomie vaginale pour la raison, *par trop générale*, que le pronostic des opérations pratiquées par voie abdominale est *généralement* plus grave que celui des opérations pratiquées par le vagin.

Qui ne voit immédiatement tout ce qu'il y a d'outré dans une pareille thèse ? Mais, avant de nous prononcer nous-même, nous allons laisser à Solowig le soin de faire ressortir l'exagération de l'idée précédente. A l'opinion de Schröder, basée sur une argumentation purement théorique, Solowig oppose la sienne, basée sur un cas typique de rupture utérine qu'il a voulu traiter par l'hystérectomie vaginale.

Voici ce cas (1) en deux mots :

(1) *Centralblatt für Gynäk.*, 13 novembre 1899.

Une femme, mère de deux enfants, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital pour une rupture de l'utérus. Solowig examine la malade et se résout à tenter l'extirpation totale de la matrice et des annexes par le vagin. Le lendemain du jour de l'opération la malade meurt.

Ainsi que le prouve l'autopsie de façon péremptoire, *la mort doit être attribuée à l'existence d'une vaste déchirure du péritoine que le genre d'intervention choisie n'avait même pas permis de soupçonner*. Ce cas, dit avec quelque exagération Solowig, est un frappant exemple de ce fait que les ruptures de l'utérus ne doivent jamais être traitées par le vagin, mais toujours après l'ouverture du ventre pour qu'on puisse voir de ses yeux toutes les lésions.

Quant à nous, nous ne partageons pas plus l'exclusivisme de Solowig, que nous n'avons partagé celui de Schröder. Celui-ci ramène tout à l'hystérectomie vaginale, celui-là à la laparotomie. Nous croyons que Solowig est plus près de la vérité que Schröder, mais nous ne sommes en conformité absolue d'idées avec aucun des deux. Nous ne nous déclarons nullement partisan de l'hystérectomie vaginale, mais nous pensons qu'il est des ruptures incomplètes sous-péritonéales de l'utérus, à pronostic bénin, qui ne sauraient réclamer nécessairement l'incision abdominale. Nous dirons, dans nos conclusions générales, de quel traitement sont justiciables, à notre avis, ces cas particuliers de rupture incomplète, et, dans cette fin de chapitre, nous nous bornons à émettre notre opinion sur la valeur réelle de l'hystérectomie vaginale dans les ruptures de l'utérus.

Cette opération, déjà assez peu pratiquée jusqu'ici pour le genre d'accident qui nous intéresse (elle l'a été 6 fois en tout), sera encore de moins en moins utilisée à l'avenir,

et elle finira par disparaître complètement de la liste des traitements rationnels susceptibles d'être mis en usage pour un cas de rupture utérine. Sans doute, en des mains habiles, l'hystérectomie vaginale a pu donner quelques bons résultats (voir le tableau qui suit), mais, le cas rapporté par Solowig est bien fait pour faire perdre toutes les illusions que d'aucuns commençaient à fonder sur cette nouvelle thérapeutique opératoire. *Nous pensons, en somme, que d'une part les ruptures incomplètes, relativement bénignes d'ordinaire, ne justifient en aucune sorte une opération aussi grave, et que d'autre part les ruptures complètes réclament avant tout un examen direct, une analyse de visu de la lésion, qui, nécessitant l'opération préalable de la laparotomie, exclut, par suite, l'ablation de l'utérus par le vagin.*

Ruptures utérines traitées

Número	Date	Opérateur	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opération
1	1894	D ^r NEUGEBAUER	»	»	12 heures.	Agonie. Bassin cyphotique. Déchirure du cul-de-sac postérieur, propagée au col utérin.
2	1894-95	D ^r CHROBAK...	»	»	? Opération pratiquée aussitôt après l'accouchement.	Collapsus.
3	1896	D ^r DURHSSEN..	»	»	2 heures 1/2.	État relativement bon.
4	1898	D ^r WINTER...	»	»	3 heures 1/2.	État relativement bon.
5	1899	D ^r IWANOW....	23 ans.	9 mois.	»	Faiblesse extrême. Pouls presque imperceptible. Extrémités froides.
6	1899	D ^r SOLOWIG...	34 ans.	»	»	? Bassin rachitique.

par l'hystérectomie vaginale.

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Mort 20 minutes après l'opéra- tion.	Mort.	Epuisement.	Quelques minutes ?	NEUGEBAUER, <i>Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. 6 Congress</i> , S. 356 — <i>Et Zeitsch. f. Geburtsch. u. Gynäk.</i> , 1898, xxxix, p. 3, article Schröder.
Mort immédiate- ment après l'o- pération.	Mort.	Epuisement.	48 minutes.	CHROBAK, <i>Verhandl. der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. 6 Congress</i> , S. 359. — <i>Et Zeitsch. f. Geburtsch. u. Gynäk.</i> , 1898, xxxix, p. 3, article Schröder.
Guérison malgré une hémorrhagie secondaire survenue 64 heu- res après l'opé- ration, à l'occa- sion de l'enlève- ment des pinces.	Mort.	»	Peu de temps.	DURSSHEN, <i>Der vaginale, Kaiserschnitt. (Nebst Bericht über eine erfolgreiche vaginale Exstirpation der rupturirten Uterus unmittelbar postpartum.</i> Berlin. 1896, S. Karger.
Guérison.	Mort.	»	55 minutes.	SCHROEDER. De l'hystérectomie vaginale totale dans les cas de cancer ou de rupture. <i>Zeitsch. f. Geburtsch. u. Gynäk.</i> , xxxix, année 1898, p. 5.
Guérison.	Mort.	»	30 minutes.	IWANOW. Totale vaginale Exstirpation einer während der Geburt rupturirten Gebärmutter. <i>Centralblatt f. Gynäk.</i> , Leipz., 1899, xxiii, pp. 33-36.
Mort.	Mort.	L'autopsie a prouvé, de façon péremptoire, que la mort devait être attribuée à une vaste déchirure du péritoine dont l'opération choisie n'avait même pas permis de soupçonner l'existence. Solowig pense qu'il aurait pu sauver la malade par l'hystérectomie abdominale totale.	»	<i>Centralblatt für Gynæk.</i> , 13 nov. 1899.

DEUXIÈME PARTIE

MÉTHODES DE TRAITEMENT
PAR VOIE SANGLANTE ABDOMINALE
(LAPAROTOMIE).

CHAPITRE PREMIER

De la laparotomie en général.

C'est Thibault Desbois, de la ville du Mans, qui a fait la première laparotomie pour rupture utérine, en 1767 ; et, c'est le professeur Lambron, de la ville d'Orléans, qui fit la seconde en 1775 (1). — Quelques années plus tard, en 1787, Maximovitch Ambodie préconisa, en Russie, l'incision abdominale dans tous les cas de rupture complète de la matrice avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. — Aux États-Unis, ce n'est que vers le début de ce siècle, en 1827, qu'on traita, pour la première fois, un utérus rupturé par une opération de ce genre.

Voilà, on en conviendra, des débuts lents, pénibles et incertains. Les partisans de l'ouverture du ventre restaient rares et peu convaincus, quand soudain, en 1848, il s'éleva, en faveur de cette opération sanglante, un souffle puissant d'enthousiasme et d'engouement qui ne tarda pas à faire de nombreux prosélytes, devenus bientôt des adeptes convaincus. L'américain Trask était à la tête du mouvement ; il en fut, à vrai dire, à la fois le créateur et le propagateur. Il contribua, pour la plus large part, à faire réellement entrer la laparotomie dans la pratique chirurgicale en publiant à deux reprises, en 1848 et en 1856, des statistiques entièrement favorables à l'opération dont il s'était fait le

(1) DENEUX, *loc. cit.*

défenseur (1). Trask, dans son mémoire, rapporte 29 cas de laparotomie pour rupture de l'utérus, dont 7 morts et 22 guérisons ; soit une mortalité de 24 0/0.

Longtemps après la publication de ces premières statistiques, Jolly vint donner une nouvelle impulsion à l'œuvre entreprise par Trask. Dans sa thèse inaugurale, parue en 1870, il se déclare le ferme partisan de la laparotomie dans le plus grand nombre des cas de rupture utérine ; puis, il confirme les vues et les déclarations de Trask par la publication de nouvelles statistiques, presque aussi concluantes, en elles-mêmes, que celles qui avaient été publiées en 1848 et en 1856. Jolly cite 38 cas de laparotomie pour rupture de l'utérus, dont 12 morts et 26 guérisons ; soit une mortalité de 31 0/0 (2).

Aujourd'hui la laparotomie est définitivement ancrée. Elle est une opération qui se pratique couramment dans les cas de rupture utérine. Les travaux de Trask et de Jolly ont, sans nul doute, puissamment contribué à sa vulgarisation, mais c'est surtout grâce à l'éclosion de l'ère antiseptique qu'elle a pu s'imposer manifestement dans le genre d'accident qui nous occupe. Nous allons essayer de montrer par quels réels avantages elle a réussi à s'imposer ainsi, quels sont en somme ses droits à la suprématie.

Au cours de la première partie de notre travail, nous avons eu maintes fois l'occasion de signaler les dangers courus par la malade dans les cas de rupture de la matrice. Ces dangers, au nombre de trois principaux, sont : le choc, l'hémorrhagie et l'infection.

Nous ne pouvons rien contre le choc. C'est un ébranle-

(1) TRASK, *loc. cit.*

(2) Nous donnons plus loin, page 163, notre statistique personnelle.

ment nerveux déterminé par l'intensité du traumatisme subi. Il tue, sans qu'on puisse efficacement s'opposer à son action rapidement mortelle. C'est, en somme, un de ces accidents contre lesquels la science est sans ressource, et dont la gravité dépend à la fois de son intensité propre et des moyens de résistance physiologique que l'organisme atteint peut lui opposer.

Après le choc, les deux autres complications les plus à craindre sont, nous l'avons dit, l'hémorrhagie et l'infection : la première, suite forcée de la rupture des vaisseaux d'un calibre toujours considérable dans un utérus gravide ; la seconde, produite par l'écoulement dans la cavité péritonéale des liquides de l'utérus et de l'œuf.

Indépendamment de toutes les circonstances très variées qui peuvent se présenter dans une dystocie de ce genre, l'accoucheur doit donc avant tout prévoir ces deux graves complications pour diriger sa méthode de traitement.

Or, jusqu'à présent, nous nous sommes attaché avec un soin minutieux à démontrer :

1° Que quels que soient les moyens mécaniques et thérapeutiques mis en usage par la voie vaginale, nous sommes toujours mal garantis soit contre la continuation immédiate de l'hémorrhagie, soit contre les hémorrhagies secondaires fatales ;

2° Que tout en se serrant des moyens de désinfection les mieux appropriés, nous ne pourrions jamais arriver par les voies naturelles à une parfaite antiseptie, telle qu'on peut prétendre la faire par une soigneuse toilette abdominale.

Nous ne devons pas même oublier que le sang répandu dans la cavité abdominale, bien que quelquefois il puisse n'être pas dangereux, peut aussi très souvent être lui-même la cause d'une péritonite septique.

Cette thèse n'a du reste pas besoin de plus ample démonstration, puisqu'aujourd'hui, grâce à la découverte de l'antisepsie, le chirurgien se croit autorisé à recourir à la laparotomie dans la très grande majorité des cas de rupture utérine. Ce qui fait le grand avantage de la laparotomie, ce qui fait qu'elle est préconisée par tant de chirurgiens et d'accoucheurs, c'est qu'elle *permet d'arrêter sûrement une hémorrhagie abondante et d'enrayer quelquefois une péritonite commençante*; on peut, par son emploi, se rendre compte, *de visu*, de l'étendue de la déchirure utérine, des délabrements déterminés par l'accident dans la cavité abdominale, et *agir ainsi en pleine connaissance de cause*. Certes, il fut un temps où la laparotomie était considérée, à juste titre, comme une intervention exceptionnelle dans les cas de rupture de l'utérus : ce n'est qu'à toute extrémité qu'on y avait recours. De nos jours, cette opération de nécessité est devenue une opération le plus souvent nécessaire. Nous avons déjà eu l'occasion de déclarer que seules les ruptures incomplètes internes ne nécessitent pas absolument cette intervention sanglante. Encore, faut-il au moins, pour avoir le droit de confiner son action dans l'emploi des méthodes de traitement par voie vaginale, avoir la certitude qu'on ne se trouve pas en présence d'une rupture utérine complète. Ce n'est pas là, chose des plus faciles ; que de ruptures utérines diagnostiquées internes et pronostiquées bénignes ont eu pour résultat, contre toute prévision, la mort de la femme ! On peut croire quelquefois à une lésion de l'utérus sans importance, à une simple fissure qui n'atteint pas la séreuse, et on néglige d'intervenir sérieusement, de pratiquer la laparotomie exploratrice. La malade meurt, et l'autopsie démontre l'existence d'une franche

rupture utérine complète, méconnue. Qui nous dit qu'en pareil cas, la guérison de la femme ne serait pas la plus ordinaire conséquence d'une plus légitime audace de l'accoucheur, et que la laparotomie faite de parti pris dans tous les cas où la rupture utérine n'est pas manifestement incomplète, n'abaisserait pas sensiblement la mortalité que détermine ce genre d'accident très grave ?

D'aucuns, peu partisans de la laparotomie, ont prétendu que l'air qui pénétrait par la plaie abdominale augmentait la putréfaction des liquides épanchés et favorisait la péritonite. Kœberle, à propos de l'ovariotomie, a fait justice de cette erreur ; il cite même une observation dans laquelle il n'hésita pas à rouvrir la plaie abdominale pour extraire du sang qu'il supposait s'être épanché dans la cavité péritonéale, en voyant apparaître des accidents depuis quelques jours. L'événement confirma ses prévisions ; le sang enlevé, les accidents disparurent, et la malade guérit.

Cependant, il serait téméraire, avec les données microbiennes de notre époque, de refuser à l'air toute influence nocive, surtout dans nos grandes villes où l'agglomération vicie d'une façon non contestable l'atmosphère ambiante. Tout le monde connaît maintenant les remarquables résultats des pansements fermés sur la marche des plaies. Mais est-ce à dire pour cela que nous devons rejeter l'ouverture du ventre ? non, il est une chose qu'il faut bien savoir, c'est que, même le ventre intact, cet air que nous redoutons tant a pénétré dans le péritoine par le fait de la rupture. Ouvrir le ventre alors c'est, si nous pouvons nous exprimer ainsi, établir un courant d'air, qui, empêchant les gaz de séjourner, ne pourra que les empêcher de se putréfier.

D'autres se sont plu à repousser la laparotomie sous le fallacieux prétexte que le choc opératoire produit par cette intervention peut, dans bien des cas, occasionner la mort de la malade. A ceux-là nous répondrons :

1° Que nous n'avons pas trouvé un seul cas dans lequel on puisse réellement imputer au choc opératoire la mort de la patiente ;

2° Qu'en admettant même l'influence nocive de ce choc opératoire sur un organisme affaibli (et certes nous ne la contestons pas), cette fâcheuse influence se trouve, à notre avis, suffisamment compensée par les avantages que procure l'opération, pour qu'on n'hésite pas à la pratiquer toutes les fois au moins que le diagnostic de rupture complète est dûment établi.

Ainsi, l'incision abdominale nous paraît amplement justifiée. Nous avons montré, d'une part, tout le mal fondé des reproches qu'on lui a adressés ; et d'autre part, nous nous sommes attaché à faire ressortir le bon parti qu'un opérateur entreprenant et habile peut en retirer. Nous le répétons, *ce n'est qu'en ouvrant le ventre qu'on peut espérer se rendre maître des deux grandes complications dont nous parlons plus haut : l'hémorrhagie et l'infection*. De par ses avantages, la laparotomie est une opération de première utilité dans tous les cas de rupture utérine complète avec écoulement sanguin abondant et menace d'infection ; de par la bénignité de ses conséquences, elle n'est plus seulement une opération avantageuse et utile, elle est une pratique qui s'impose absolument le plus souvent. C'est que, grâce aux progrès réalisés par l'antisepsie, l'ouverture d'un ventre, pratiquée méthodiquement et avec soin, est devenue une opération qui par elle-même, c'est-à-dire indépendamment des opérations consécutives que la

laparotomie permet de faire sur les organes abdominaux, est presque dépourvue de tout danger. Voilà pourquoi nous ne croyons pas trop exagérer en concluant que *toutes les ruptures utérines complètes, sans exception, sont justiciables de l'incision abdominale.*

Bien que nous n'accordions aux statistiques en général qu'une médiocre valeur scientifique, nous ne considérons pas comme absolument superflu d'en citer quelques-unes indiquant le pourcentage des guérisons obtenues par la laparotomie dans les ruptures utérines.

	Nombre de laparotomies	Guérisons	Pourcentages
Schœffer (1).	48	31	65,4 0/0
Jaille (2)	38		68,4
Schultz (3)	193		44,7
Piskacek (4)	33	17	60,8
Merz (5)	54	26	48,1

Nous avons personnellement recueilli 124 cas de rupture utérine traitées par la laparotomie. Il ne nous a pas été donné de connaître les résultats certains de toutes ces opérations. Nous ne pouvons donc faire entrer en ligne de compte que les 120 cas sur lesquels nous sommes absolument fixé: 54 femmes ont guéri, ce qui fait un pourcentage de guérisons de 45 0/0. En faisant la moyenne de tous les

(1) SCHÖFFER, Sur le traitement de la rupture de l'utérus avec issue complète du fœtus. *Münch. med. Woch.*, 22 octobre 1889, p. 735.

(2) JAILLE, *Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines.* Thèse Paris, 1886.

(3) SCHULTZ, Zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. *Orvosi Hírlap*, 1891, nos 15, 17, 19.

(4) PISKACEK, Article Cholmogoroff: Zur Behandlung der kompletten Uterusrupturen. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1893, XXXI, p. 89.

(5) MERZ, Zur Behandlung der Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1893, XLV, Heft 2, p. 181.

différents pourcentages précédents, nous arrivons en définitive au résultat suivant : 55 guérisons p. 100 environ. Ce nombre de guérisons est sans doute inférieur à ceux fournis par les statistiques déjà mentionnées de Trask et de Jolly (1). Faut-il en conclure que la laparotomie va perdant progressivement de sa valeur ? Point du tout, elle doit être préconisée plus que jamais à l'heure où l'antisepsie en rend tous les jours la pratique plus innocente. Il faut se contenter de voir dans ce fait un exemple de la bizarrerie des résultats statistiques.

Il est temps d'entreprendre l'étude des différents modes de traitement que la laparotomie permet d'appliquer aux ruptures de l'utérus. Pour bien classer ces divers procédés opératoires, nous allons prendre un exemple un cas de rupture utérine nettement défini.

Soit donc une rupture complète de l'utérus : le fœtus et le placenta sont tous les deux dans la cavité péritonéale : les culs-de-sac inférieurs du péritoine regorgent de liquide amniotique et de caillots sanguins ; du sang s'écoule en abondance par la vulve ; enfin la malade, relativement peu affaissée, est en état de supporter l'opération.

Voilà un cas type, en présence duquel peu d'accoucheurs hésiteraient à pratiquer la laparotomie. On incise sur la ligne médiane, couche par couche, la paroi abdominale, suivant la technique habituelle. Le péritoine ouvert, on le repère à l'aide de deux pinces et on s'occupe immédiatement de vider et de nettoyer la cavité en ligaturant sans retard les vaisseaux qui saignent. Ce n'est qu'après ces préliminaires qu'on pourra se rendre compte du siège et de l'étendue de la lésion utérine.

(1) Voir p. 66.

On aura alors à choisir entre deux lignes de conduite bien différentes : *conserver l'utérus ou en faire l'ablation.*

La conservation de l'utérus est indiquée lorsque la déchirure ne s'accompagne pas de délabrements très considérables, et que l'utérus n'est pas infecté.

Quand, au contraire, la matrice présente des lésions graves et nombreuses, contusion, infiltration de ses parois par du sang épanché, propagation de la déchirure aux tissus voisins et particulièrement aux ligaments larges, quand enfin elle est remplie de détritits et de liquides putrides, indices de son envahissement par les microbes de la putréfaction et de la septicémie, *l'ablation s'impose et est pour la femme la seule chance de salut.*

Si, après examen, on se décide à conserver l'utérus, le choix sera à faire entre les trois procédés suivants :

1° *Laparotomie sans suture ;*

2° *Laparotomie avec suture ;*

3° *Laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale.*

Si, au contraire, les conditions défavorables que nous avons indiquées plus haut s'opposent à la conservation de l'utérus, on aura à faire son choix entre les deux opérations suivantes :

4° *Hystérectomie partielle (opération de Porro) ;*

5° *Hystérectomie abdominale totale.*

CHAPITRE II

Laparotomie sans suture.

Lorsque le ventre est ouvert et vidé de son contenu anormal (fœtus, placenta, membranes, caillots, etc...), la première précaution à prendre est de faire, avec le plus grand soin, la toilette du péritoine. Il importe, en effet, de ne laisser à la surface de la séreuse aucune des matières si facilement putrescibles qui s'y trouvent épanchées à la suite d'une rupture utérine, sang, liquide amniotique, méconium ou sébum. Cette toilette consiste à laver la cavité péritonéale avec de l'eau salée ou boriquée, et à l'éponger ensuite minutieusement avec des compresses de gaze stérilisée chaudes. Toutes les sources d'hémorrhagie, même les plus minimes, sont soigneusement tarées, et il ne reste plus, avant de refermer le ventre, qu'à assurer la réunion aussi parfaite que possible des lèvres de la plaie utérine. Laisser la déchirure béante serait exposer la femme à une infection secondaire par passage de lochies dans le péritoine. Deux procédés peuvent être employés pour rapprocher les bords de la rupture : *le tamponnement* et *la suture*. Nous nous occuperons exclusivement du premier procédé dans ce chapitre.

Pour que le tamponnement remplisse les conditions nécessaires (elles sont souvent insuffisantes) à l'obturation de la plaie utérine, on doit le faire à la fois intra et extra-utérin. Une bande de gaze iodoformée remplit l'utérus, et l'une de ses extrémités passe dans le vagin ; une autre

bande couvre l'utérus à sa face externe, et vient sortir par la plaie abdominale. On peut même se contenter de tamponner les culs-de-sac du péritoine, à la manière de Mikulicz, sans introduire de gaze dans la matrice.

Merz (1) a réuni 15 observations de laparotomie avec traitement de la plaie utérine par le tamponnement ou le drainage sans suture, il y a eu 8 succès ; soit 53,3 0/0 de guérisons.

Notre statistique porte sur 25 cas de rupture de la matrice traitées par la laparotomie sans suture, 14 femmes ont guéri ; soit 56 0/0 de guérisons.

Cette méthode de traitement bénéficie surtout des avantages que lui procure la laparotomie. Elle permet de faire l'hémostase parfaite de la plaie et de s'opposer, dans certaines limites, à la production d'une infection péritonéale par une toilette minutieuse de la grande séreuse abdominale. Ce sont là évidemment des avantages sérieux qui méritent d'être pris en considération, et qui classent la laparotomie sans suture au nombre des quelques interventions de choix dont sont justiciables les ruptures complètes.

Malgré tout, nous ne pensons pas qu'il soit prudent de *laisser la plaie utérine sans suture quand on a décidé de conserver l'organe*. Le double tamponnement intra et extra-utérin, préconisé dans le but d'obturer la solution de continuité accidentelle de la matrice par rapprochement et affrontement mécaniques des deux lèvres, ne nous paraît pas réunir des conditions de sécurité suffisantes : la femme reste exposée à une infection secondaire qu'il faut éviter à tout prix.

(1) MERZ, *loc. cit.*

Si la suture est impossible à cause du mauvais état des lèvres de la plaie, le devoir de l'opérateur est de *pratiquer sans retard l'hystérectomie*.

Mais, s'il n'existe aucun délabrement considérable, si les bords de la rupture paraissent susceptibles d'une bonne réunion immédiate, *il faut faire la suture utérine*, qui, aux avantages de la laparotomie sans suture, joint celui de s'opposer plus efficacement à une infection ultérieure. D'ailleurs, après la suture de la déchirure, rien n'empêche, et il est même recommandable, de faire en outre le double tamponnement intra et extra-utérin afin de consolider la réfection de la paroi de l'utérus, et, en même temps, de mieux mettre la cavité péritonéale à l'abri de la pénétration des germes infectants.

CHAPITRE III

Laparotomie avec suture.

La suture de l'utérus après rupture de l'organe fut faite pour la première fois par un chirurgien français, Lebas, de Mouilleron, en 1706, et son essai fut couronné de succès. — En Allemagne, Wrefel, de Gülsenbach, fit le premier des sutures utérines en 1826. — En Amérique, les D^{rs} Harris (1) et Mac Cormack (2) suivirent, plus tard, la voie qui leur avait été tracée, en France d'abord et en Allemagne ensuite, par Lebas et Wrefel.

Ces auteurs reconnaissent à la suture utérine un double avantage : celui de s'opposer à la pénétration dans l'abdomen des matières infectieuses, et celui, non moins appréciable, de produire l'hémostase de la plaie. Le D^r Harris conseille l'usage des sutures de fil d'argent pour arrêter l'hémorrhagie et en prévenir le retour. Au contraire, le D^r Mac Cormack rapporte un cas de laparotomie pour rupture utérine, dans lequel il y avait une hémorrhagie constante provenant d'une déchirure en forme de croissant, de trois pouces et demi de longueur ; il employa des sutures en soie phéniquée pour réunir les bords de l'ouverture et arrêter l'écoulement sanguin. La malade se remonta rapidement, mais elle mourut d'une pneumonie accidentelle le vingt-quatrième jour.

Nous pensons, avec Mac Cormack, que les sutures uté-

(1) HARRIS, *Am. Journ. of med. Sciences*, vol. LXXIV, p. 464.

(2) MAC CORMACK, *Am. Journ. of Obst.*, vol. XIII, p. 329.

rines doivent être faites avec de la soie et non point avec du fil d'argent. Notre opinion est basée sur des expériences faites par le Dr Gamgee sur la brebis : elles montrent, de façon péremptoire, l'avantage de la soie sur le fil métallique qui développe une bien plus grande irritation des parties enserrées.

Avant de faire la réunion des lèvres de la plaie, il faut s'assurer de leur état, et en réséquer, s'il y a lieu, les parties déchiquetées et mortifiées. Puis on pratique la suture, comme dans l'opération césarienne, en ayant soin de ne pas traverser la muqueuse. Cette suture, indiquée par Sanger, doit être faite sur deux plans : le plan profond est suturé avec du fil de soie très fort, le plan superficiel avec du fil plus fin. L'aiguille (on peut se servir d'une Reverdin courbe), enfoncée à un centimètre environ d'un des bords de la plaie, chemine dans l'épaisseur de la paroi utérine et va opérer sa sortie immédiatement au-dessus de la couche muqueuse de la solution de continuité ; on lui fait ensuite suivre un trajet inverse dans l'autre lèvre de la rupture ; on passe ainsi un certain nombre de fils, distants de deux centimètres, dont on saisit les chefs entre les mors d'une pince à forcipressure. Quand ils sont tous en place, on les noue en ayant soin de les serrer fortement de façon à affronter autant que possible les bords de la plaie.

C'est le moment de procéder à la suture superficielle dont les fils sont appliqués dans les intervalles des points précédents. Cette suture peut n'intéresser que le péritoine ou comprendre une minime portion de tissu musculaire.

Après une bonne toilette de la séreuse péritonéale et surtout des culs-de-sac de Douglas et vésico-utérin, on referme la plaie abdominale, non sans laisser à sa partie inférieure une ouverture pour le passage d'un drain, tube

en caoutchouc ou mèche de gaze, qu'on ne retire qu'au bout de deux jours.

Merz (1) rapporte 24 observations de laparotomie avec suture de la déchirure: 10 femmes ont guéri; soit 41,70/0 de guérisons.

Nous avons recueilli 32 cas de rupture de la matrice traitées de semblable façon (par la laparotomie avec suture). Les résultats opératoires ont été heureux pour la mère dans l'exacte moitié des interventions; soit donc 50 0/0 de guérisons et un égal pourcentage de décès.

On remarquera que ces résultats statistiques sont moins bons que ceux fournis par la laparotomie sans suture. Pour la dernière fois, revenant sur une question dont nous avons déjà parlé dans le chapitre I^{er} de notre seconde partie, nous déclarons que les statistiques fournissent des résultats trop curieux et le plus souvent trop contradictoires pour qu'on puisse raisonnablement les prendre pour base de conclusions solides. Voilà pourquoi, les chiffres que nous donnons ne sauraient, dans aucun cas, infirmer les opinions que nous jugeons bon d'émettre.

Il résulte de la lecture des 32 observations de laparotomie avec suture de la déchirure qui nous sont tombées sous la main, que l'utérus a peu de tendance à se cicatriser et que la réunion de la solution de continuité est toujours rendue difficile par les irrégularités et par l'état contus de ses lèvres. L'occlusion n'est obtenue, en général, que par des brides adventices venues du péritoine, ce qui fait clairement concevoir l'immense importance de la suture superficielle dont nous avons parlé.

Ces quelques constatations nous permettent d'établir,

(1) MERZ, *loc. cit.*

autant que faire se peut, dans quels cas la laparotomie avec suture doit être considérée comme le traitement de choix des ruptures de la matrice.

Nous avons déjà dit (1) pour quelles raisons la laparotomie avec suture devait toujours être préférée à la laparotomie sans suture. Point n'est besoin d'argumenter de nouveau à ce sujet, il nous suffira d'affirmer ici qu'en dépit de certains résultats statistiques bizarres, la suture de la plaie est une meilleure pratique que l'établissement à demeure d'un double tamponnement intra et extra-utérin qui fait mal l'hémostase et obture insuffisamment l'orifice accidentel de l'utérus. Si nous tenons compte maintenant du peu de tendance qu'a l'utérus à se cicatriser et des empêchements que les irrégularités et les contusions de la plaie apportent à cette cicatrisation, nous admettrons sans peine que toute vaste déchirure de l'utérus, à bords contus, déchiquetés, sphacelés, infectés, contre-indique la suture et justifie, au contraire, une ablation de l'organe. De sorte que, par déduction logique, nous sommes amené irrésistiblement à cette conclusion : *à moins de contre-indications particulières impossibles à prévoir, toutes les petites ruptures utérines complètes n'ayant encore donné lieu à aucune infection secondaire, et dont les bords sont réguliers, peu contus et point sphacelés, doivent toujours être traitées par la suture au fil de soie.*

(1) Deuxième partie, chap. II, p. 75.

CHAPITRE IV

Laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale.

Dans un remarquable article paru, en 1891, dans les « *Archives de tocologie* » (1), M. le D^r Bonnaire fait une étude complète des ruptures vésico-utérines, et, occasionnellement, du procédé de traitement, créé par M. le D^r Bouilly en 1887, qui va faire l'objet de ce chapitre. Nous modifierons légèrement les conclusions auxquelles aboutissent MM. Bonnaire et Bouilly : ils sont d'avis que la laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale est une opération de nécessité qui s'impose dans certains cas extrêmes que nous définirons plus loin ; nous pensons, au contraire, qu'on a grand avantage à traiter ces cas spéciaux et désespérés par l'hystérectomie abdominale totale ; et, si MM. Bonnaire et Bouilly n'ont pas pensé ainsi, c'est probablement parce que, à l'époque où ils émirent leur opinion, l'hystérectomie abdominale totale était encore une opération à peu près universellement inconnue (2), puisqu'elle n'avait été pratiquée en tout que deux fois pour rupture de la matrice.

C'est le 23 mars 1887, que M. Bouilly, alors chirurgien-adjoint de la Maternité, pratiqua la première laparotomie

(1) BONNAIRE, Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement. *Arch. de tocol.*, mai et juin 1891, p. 391 et 401.

(2) Nous n'avons en vue, bien entendu, que l'hystérectomie abdominale totale dans les ruptures de l'utérus.

avec suture de la déchirure à la plaie abdominale. Il s'agissait d'une rupture vésico-utérine d'origine douteuse. M. Bouilly, appelé, décida de faire la laparotomie pour nettoyer le péritoine et restaurer dans la mesure du possible les déchirures viscérales (1).

« A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe des caillots noirâtres, volumineux, nageant dans un abondant liquide sanguinolent constitué en grande partie par du liquide amniotique, comme l'indiquent les amas d'enduit sébacé qu'il renferme.

M. Bouilly fait une copieuse toilette du péritoine à l'eau bouillie. On constate que l'utérus et la vessie sont déchirés en travers, très irrégulièrement et sur une grande étendue. Le péritoine pariétal utérin est disséqué et soulevé par un volumineux thrombus qui dessine la surface de ferme attache de la séreuse sous forme d'un V.

La déchirure de l'utérus était tellement étendue et irrégulière, nous a rapporté M. Bouilly (2), qu'il n'y avait pas à songer à pratiquer une suture de ses bords. J'ai amené ces bords au contact de l'incision abdominale et je les ai fixés en ce point par de nombreuses sutures, de manière à pouvoir désinfecter largement la cavité utérine restée en partie béante au niveau de la déchirure. La rupture vésicale descendait très bas et ne pouvait être suturée en totalité, je l'ai rétrécie par quelques points de suture et j'ai introduit dans ce cloaque artificiel un gros tube à drainage plongeant dans la vessie et sortant par la partie inférieure de l'incision abdominale. Il n'y a pas eu de drainage vaginal.

(1) Nous rapportons la technique opératoire telle qu'elle est décrite dans l'observation IV de l'étude de M. Bonnaire.

(2) Communication écrite.

On applique à la surface de la plaie un pansement à l'aide de gaze au sublimé renouvelé toutes les heures. Des injections à l'acide borique sont prescrites toutes les deux heures.

Au sortir de la narcose chloroformique, la malade se sent mieux ; le facies est moins altéré ; la température est de 37 degrés ; le pouls a 128 ; il y a 40 respirations par minute. La femme est calme, cause avec grande lucidité d'esprit, les vomissements ont cessé. Le soir, à sept heures, la température est de 37°4 ; le pouls bat 120. Il y a 52 respirations par minute.

A onze heures, les douleurs et le météorisme de l'abdomen reparaissent ; de nouveau les vomissements porracés se produisent. La malade est très agitée, le pouls s'élève à 176 pulsations ; sa respiration à 72 ; sa température à 30°4, et elle succombe à six heures cinquante-cinq minutes du matin, soit vingt heures après l'opération. »

Depuis le 23 mars 1887, jour où M. Bouilly inaugura sans succès, ainsi que nous venons de le voir, la laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale, ce mode de traitement a été utilisé deux autres fois : une première fois pour rupture vésico-utérine, une seconde fois pour rupture utérine simple sans lésion vésicale.

C'est M. Tuffier qui fut appelé le 19 septembre 1888 à traiter la rupture vésico-utérine. Il réédita, sans plus de succès que son devancier, l'opération de M. Bouilly. Après un lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie, M. Tuffier réunit la plaie utérine et vésicale aux bords de la plaie abdominale, puis posa plusieurs drains, dont un dans la vessie, communiquant avec l'ouverture de l'abdomen. La malade fut opérée à onze heures et demie du matin, elle mourut à dix heures et demie du soir.

La troisième tentative de ce genre fut faite par le docteur E. Slajmer (1), de Laibach, en 1894. La malade était une femme de 33 ans, en travail. L'utérus s'était rupturé spontanément, mais la vessie était restée indemne de toute lésion. L'opération eut lieu 31 heures après la production de la rupture, elle dura 20 minutes, et elle ne réussit pas plus que dans les deux cas précédents à amener la guérison de l'opérée. Ce même docteur Slajmer a pratiqué deux « *Porros* » pour rupture utérine, le premier suivi de guérison ; on les trouvera classés dans notre tableau complet des hystérectomies partielles (chap. V, p. 100).

En somme, la laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale n'a été pratiquée, en tout, que trois fois, et chaque fois la malade est morte. Ces résultats sont loin d'être encourageants.

On a pu se rendre un compte exact, par la lecture de ce qui précède, de ce qu'est le mode de traitement que nous étudions dans ce chapitre IV. Après avoir nettoyé le péritoine, on rapproche les lèvres des deux plaies accidentelles (vésicale et utérine) de la paroi abdominale et on les suture en ce point. On fait ainsi, par nécessité, une sorte d'opération césarienne avec le procédé de sutures utéro-pariétales imaginé par Pillore, de Rouen, en 1854 et Lesbocquoy, d'Arras, en 1859. On établit, en quelque sorte, au-dessus du pubis un cloaque artificiel, faisant communiquer l'utérus et la vessie l'un avec l'autre, et tous deux avec l'extérieur par la plaie abdominale et le canal vaginal.

Ce procédé, au cas où il serait suivi de succès, ne pourrait jamais donner que des résultats très imparfaits, au

(1) SLAJMER, Zur extraperitonealen Behandlung spontaner Uterusrupturen. *Centralblatt. für Gynäkologie*, 4 mai 1895.

point de vue du rétablissement ultérieur de la femme. D'ailleurs, M. Bouilly, qui se trouve être le premier opérateur qui ait, à notre connaissance, pratiqué la laparotomie avec suture utéro-pariétale pour le genre d'accident qui nous occupe, et qui, mieux que personne, a pu se rendre compte de l'imperfection des résultats demandés à la réunion conservatrice des viscères déchirés avec la paroi abdominale, n'hésiterait pas maintenant, en pareille circonstance, à renoncer à ce mode d'opération, ainsi qu'il l'a déclaré franchement à M. Bonnaire, pour effectuer d'emblée l'amputation utéro-ovarienne par la méthode de Porro. Malheureusement, comme le fait remarquer M. Doléris (1), il peut être impossible de confectionner un pédicule quand il y a délabrement trop considérable de l'utérus et du vagin. Force serait en pareil cas, conclut M. Bonnaire, de recourir à l'opération moins radicale déjà pratiquée par MM. Bailly, Tuffier et Slajmer. *Au contraire, force serait en pareil cas, concluons-nous, de recourir à l'hystérectomie abdominale totale que nous étudierons dans un des chapitres suivants.* En face de déchirures intéressant à la fois la vessie et l'utérus, nous conseillons d'abord l'hystérectomie abdominale totale, puis la suture de la vessie, son drainage et l'irrigation continue.

(1) DOLÉRIS, Rupture de l'utérus, *Ann. de Gyn.*, 1885, t. XXV, p. 214.

CHAPITRE V

Laparotomie avec hystérectomie partielle (opération de Porro).

L'amputation utéro-ovarienne a été faite, pour la première fois, à Boston, en 1868, par Storer. Trois jours après, la femme mourut. L'insuccès fut fatal à la méthode. Du reste, l'opération de Storer n'avait été pratiquée que par nécessité, et c'est en réalité Porro (1) qui après avoir répété les expériences faites sur les animaux, et considérant l'impossibilité, dans l'opération césarienne classique, d'amener la réunion par première intention de la plaie utérine à l'aide des sutures, les dangers de l'épanchement dans la cavité péritonéale des liquides irritants et septiques, et par suite de la péritonite, les conséquences formidables de l'hémorrhagie, et d'un autre côté, les résultats de l'ovariotomie, surtout depuis l'application de la méthode de Lister, conclut à la nécessité de l'amputation utéro-ovarienne, exécutée sous le nuage phéniqué, et la pratiqua, pour la première fois, le 21 mai 1876. La mère et l'enfant furent sauvés, et cela à Pavie, dans la Maternité même, où régnait alors la fièvre puerpérale.

Cette hystérectomie partielle, souvent désignée sous le nom d'*opération de Porro*, ne fut appliquée au traitement des ruptures utérines qu'en 1877, par le chirurgien russe,

(1) PORRO, Della amputazione utero-ovarica come compl. di taglio cæsareo. *Annali nuovi di med. e chir.*, t. V, p. 329, Pavie, 1877.

Oscar Prévot de Moscou (1). La femme opérée mourut le cinquième jour, par suite de fréquentes hémorrhagies du pédiculé. Les débuts de cette méthode de traitement ne furent pas des plus heureux : les femmes dont on traitait l'utérus rupturé par l'hystérectomie partielle mouraient. Les deux premiers succès furent obtenus par Halbertsma (2), en 1880, et par Slavianski (3), en 1885. Depuis, de nombreuses malades ont dû à ce genre de traitement une guérison qui paraissait bien improbable. Nous n'énumérerons pas dans le texte de notre ouvrage la succession des « *Porros* » qui ont été faits pour rupture utérine, nous avons cru qu'il était préférable d'en dresser un tableau à la fin du chapitre (voir p. 95).

L'opération de Porro n'est, à vrai dire, qu'une ablation sus-vaginale de l'utérus qui peut être faite d'après trois méthodes, selon que le pédicule est fixé dehors, ou abandonné dans le péritoine, ou enfin laissé dans une situation intermédiaire, juxta-pariétale.

D'où : *méthode extra-péritonéale, méthode intra-péritonéale, méthode mixte.*

Pour les détails techniques, relatifs à ces trois méthodes, nous renvoyons le lecteur au remarquable ouvrage de Delagénière sur la chirurgie de l'utérus (4). Quant à nous, nous nous déclarerons satisfait après avoir décrit la méthode extra-péritonéale qui est la plus habituellement employée. Cette méthode compte de chauds partisans parmi les chirurgiens de tous les pays. Son grand avantage est d'avoir un manuel opératoire beaucoup plus simple et de pou-

(1) OSCAR PRÉVOT, *American Journal of Obstetrics*, octobre 1880, p. 818.

(2) HALBERTSMA, *Centralblatt für Gynäk.*, 1881, t. V, p. 67.

(3) SLAVIANSKI, *Nouvelles arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887, t. II, p. 534.

(4) DELAGÉNIÈRE, *Chirurgie de l'utérus*.

voir donner d'assez beaux résultats, même entre les mains de chirurgiens peu expérimentés. La présence du pédicule hors de la cavité péritonéale rend cette méthode surtout précieuse vis-à-vis de l'hémorrhagie immédiate. Mais elle présente l'inconvénient de rendre la guérison lente, d'exposer aux éventrations, aux abcès de la paroi abdominale, aux fistules, et de ne pas mettre toujours la malade à l'abri de la septicémie.

L'incision abdominale est faite couche par couche, verticalement sur la ligne blanche, en passant à gauche de l'ombilic. Lorsqu'on arrive sur le péritoine, on fait à la partie supérieure de l'incision une boutonnière dans la séreuse et on coupe de haut en bas, soit sur une sonde cannelée, soit sur la cannelure de l'index et du médius joints, introduits par l'orifice supérieur. Enfin on applique une pince sur chacun des deux feuillets péritonéaux ainsi formés afin de les trouver dans la suite, leur rétraction se faisant rapidement.

Le ventre ouvert, l'utérus est amené au dehors par simple pression manuelle exercée sur l'organe d'arrière en avant. Les lèvres de l'incision abdominale sont rapprochées en dessous, au moyen de pinces, afin d'empêcher la hernie des intestins. S'ils menacent de sortir, un aide les maintiendra dans la cavité abdominale au moyen d'une large compresse.

Il s'agit alors de mettre en place la ligature élastique. On la place sur le col de l'utérus aussi bas que possible en déprimant les ligaments larges et en ayant soin de ne pas comprendre la vessie dans la ligature, ce que les plus habiles opérateurs n'ont pas toujours su éviter. On prévient cet accident en prenant la précaution d'introduire une sonde dans la vessie, ce qui permet de se rendre compte

des rapports des deux organes. Un cordon élastique plein de 5 millimètres est saisi solidement entre l'index et le pouce de la main gauche. Celle-ci repose par son bord interne sur le mont de Vénus, tandis que la main droite entoure le col avec le tube fortement tendu. On croise alors les cordons et on les presse l'un contre l'autre avec une pincé à larges mors.

Au point d'entrecroisement des deux chefs du cordon, entre la pince et l'utérus, on applique une ligature à la soie bien serrée ; pour plus de sûreté, on en fait une seconde à quelques millimètres en avant de la première. Lorsque le pédicule est gros on fait faire deux tours au cordon élastique. Ce procédé suffit dans tous les cas et est préférable à la ligature du pédicule en deux parties que Kaltenbach emploie lorsque le pédicule est gros. Cet auteur, après avoir appliqué une ligature simple, transperce, dans ces cas, le pédicule d'avant en arrière avec une aiguille de son invention, qui entraîne à sa suite un double lien élastique. Avec chacun des deux cordons, on lie ensuite séparément chacune des deux moitiés du pédicule.

Après l'application de la ligature élastique, on coupe l'utérus à environ deux travers de doigt du lien. Cette section se fera avec un bistouri ordinaire en ayant soin d'entourer auparavant le pédicule de compresses stérilisées afin que le sang noir et abondant ne pénètre pas dans la cavité abdominale. Les ovaires étant généralement situés à la partie supérieure ou sur les côtés de la tumeur, seront presque toujours compris dans cette section ; s'ils ne l'étaient pas, il conviendrait de les enlever séparément, car leur ablation est de règle.

M. Pozzi avant d'appliquer la ligature élastique en masse de l'organe sectionne les ligaments larges entre deux ligatu-

res en chaîne qu'il fait à l'aide d'une aiguille mousse avec des fils de soie. Il conseille de lier séparément la trompe et le ligament rond. Ce procédé rend l'hémostase plus sûre, mais il a l'inconvénient d'allonger la durée de l'opération. Avant de passer à la fixation du pédicule au dehors, il convient de faire la toilette du péritoine. Cette toilette se fera presque toujours rapidement puisqu'on a pris soin d'empêcher la pénétration des liquides à l'intérieur de la cavité abdominale. On emploiera de préférence des compresses de tarlatane stérilisées à la chaleur humide et encore chaudes. Il faudra être sobre de grands lavages péritonéaux. S'ils étaient nécessaires, on se servirait seulement d'eau tiède parfaitement stérilisée.

La fixation du pédicule à la partie inférieure de l'incision abdominale est la caractéristique du procédé que nous décrivons.

On suture le péritoine des bords de l'incision abdominale au péritoine du pédicule au-dessous de la ligature élastique, de manière à constituer le fond d'une gouttière péri-pédiculaire. Cette gouttière est laissée béante par la non-réunion au voisinage immédiat du pédicule des plans aponévrotiques, adipeux et tégumentaires. Ce fossé empêche le pédicule destiné à se mortifier d'être étroitement emprisonné dans l'épaisseur des parties molles et de les infecter. Il demeure ainsi isolé et l'on peut autour de lui accumuler des topiques destinés à le maintenir aseptique et à le momifier.

Pour fixer le péritoine pariétal au péritoine du moignon, Hegar conseille seulement de faire deux points de suture à la soie, l'un allant de la partie inférieure de l'incision péritonéale à la face antérieure du pédicule, l'autre entre la face postérieure du pédicule et les feuilletts péritonéaux

pariétaux que l'on continue d'adosser l'un à l'autre jusqu'à la partie supérieure de l'incision.

Le contact de la séreuse du pédicule avec celle qui forme la boutonnière traversée par le moignon se trouve ainsi suffisamment assuré. M. Pozzi conseille de faire un surjet au catgut tout autour du pédicule pour obtenir un affrontement plus exact des séreuses. M. Terrillon, au contraire, ayant observé que l'étroitesse de la boutonnière péritonéale à travers laquelle passe le pédicule suffit pour affronter exactement les surfaces séreuses, supprime complètement la suture du péritoine pariétal au péritoine du moignon.

La partie supérieure de l'incision est ensuite fermée, soit par des sutures en étage au catgut, soit par une suture à points séparés faite au fil de soie ou d'argent. Dans ce dernier cas, les points de suture comprennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

On fixe alors le pédicule au-dessus de l'incision au moyen de deux fortes aiguilles d'acier, les broches sont passées à travers le tissu pédiculaire de façon à former un X par leur entre-croisement. On coupe leurs extrémités pointues avec des pinces coupantes et on place sous les extrémités qui reposent sur la paroi abdominale des tampons de gaze iodoformée. On régularise ensuite la surface de section à coups de ciseaux et on la cautérise au thermocautère, principalement au niveau de l'orifice du col, afin de détruire les germes qu'il peut contenir.

Reste maintenant à faire le pansement. Il a une grande importance et de lui dépend, en partie, le succès de l'opération.

Hegar se sert de chlorure de zinc qu'il emploie à 5 p. 100 pour badigeonner la surface de section, et à 10 p. 100 pour imprégner une épaisse mèche de coton hydrophile qu'il place dans la gouttière péri-pédiculaire ; il applique ensuite un pansement ordinaire à l'iodoforme.

Kaltenbach se contente du pansement à la gaze iodoformée, mais ayant eu des accidents d'intoxication, il emploie un mélange de trois parties de tanin et une partie d'acide salicylique.

On peut se servir aussi bien de ce mélange que de celui imaginé par M. Pozzi ; il est formé d'une partie d'iodoforme pour cinq parties de tanin. Le point important est de bien remplir la gouttière péri-pédiculaire et d'en recouvrir la surface du moignon.

Ainsi pansé, le moignon subit une gangrène sèche ou humide : la première est préférable. Le moignon se dessèche alors sans donner lieu à aucun suintement : « Aussi est-il possible qu'on ne soit obligé de renouveler le pansement que plusieurs jours après l'opération. On laissera donc le pansement sans y toucher tant qu'il ne sera pas traversé par des liquides, ou tant qu'un état fébrile n'indiquerait pas la possibilité d'une complication locale. Dans le cas où le moignon, restant humide, sécréterait des liquides en assez grande abondance pour que les pièces du pansement en soient traversées, on détacherait aux ciseaux les parties ramollies et putréfiées du pédicule » (Potocki).

Ce mode de traitement que nous venons de décrire présente, dans certains cas de rupture utérine, des avantages particuliers qui doivent nous le faire préférer (dans ces cas-là) à la suture de la déchirure.

La suture de l'utérus est d'autant plus longue et difficile que les bords de la solution de continuité sont plus irréguliers et plus déchiquetés ; il est du reste bon de s'en rendre compte en réfléchissant que le plus souvent la rupture se produit ou se prolonge vers le bas, point où précisément il est très difficile de faire une bonne suture, même en prenant soin de faire tous ses efforts pour attirer la

matrice vers les bords de l'incision. Une suture, dans ces conditions, ne peut offrir une garantie suffisante contre les hémorrhagies secondaires. Il ne faut pas oublier, non plus, que durant le temps, toujours très précieux, qu'on pratique la suture, la patiente, qui a déjà perdu beaucoup de sang, est exposée à succomber par la nouvelle hémorrhagie qui se produit.

L'opération de Porro, au contraire, constitue un moyen sûr et prompt, soit pour arrêter l'hémorrhagie en cours, soit pour se prémunir contre les hémorrhagies secondaires. En outre, l'hystérectomie, qu'elle soit partielle ou totale, est une opération absolument indiquée dans tous les cas de rupture compliquée d'infection utérine. D'où il résulte que nous pouvons ainsi définir les indications de l'opération de Porro dans les cas d'utérus rupturé :

1° *Toute rupture avec infection de la matrice (cette infection ne serait-elle que probable) réclame sans conteste une hystérectomie ; totale quand l'infection atteint le col, indifféremment totale ou partielle (suivant les tendances personnelles de l'opérateur) dans le cas contraire ;*

2° *Toute déchirure complète de l'utérus rendant injustifiable la suture, soit à cause de ses dimensions, soit à cause de l'état contus, déchiqueté, sphacélé de ses bords, soit enfin à cause de l'hémorrhagie abondante et rebelle dont elle est la source, réclame elle aussi une hystérectomie ; totale quand la déchirure descend trop bas pour permettre la formation d'un moignon sain, indifféremment totale ou partielle (suivant les tendances personnelles de l'opérateur) dans le cas contraire.*

Les quelques résultats statistiques que nous allons donner ici avant de clore ce chapitre, sont plus surprenants

encore que ceux que nous avons fournis à l'occasion de l'étude des autres procédés de traitement.

Godson a publié en 1884, dans le « *British Medical Journal* » (1), 7 cas de rupture utérine traitées sans succès par l'opération de Porro ; soit une mortalité de 100 0/0. Il faut dire, pour être exact, que Godson a oublié de mentionner une guérison obtenue en 1880 par Halbertsma (2) ; mais n'importe, nous devons reconnaître que ces premiers résultats étaient absolument décourageants.

Merz (3), en 1893, a rapporté 15 cas de rupture de la matrice traitées par le mode de traitement qui nous occupe : il y a eu 8 succès ; soit 53, 3 0/0 de guérisons.

Notre statistique personnelle porte sur 48 observations d'hystérectomie partielle pratiquées pour rupture de l'utérus. On trouvera toutes ces opérations de Porro, classées par ordre chronologique, dans le tableau qui suit. Le pourcentage des guérisons fait depuis 1893, c'est-à-dire depuis l'époque où Merz fit paraître sa statistique, est seulement de 50 0/0. Mais il faut, dans l'appréciation des statistiques récentes, tenir compte de ce fait que *l'opération de Porro est réservée par nombre d'opérateurs à des cas graves pour lesquels cette opération constitue la dernière ressource*. Si nous voulions, en effet, nous donner la peine de défalquer les nombreux cas dans lesquels l'état de la femme était désespéré avant toute intervention, la mortalité opératoire réelle baisserait considérablement. Enfin, nous ferons observer en dernier lieu que *le pourcentage des succès croît de plus en plus*, à mesure qu'on se rapproche davantage de l'époque actuelle.

(1) GODSON, *British Medical Journal*, 1884, t. I, p. 158.

(2) HALBERTSMA, *loc. cit.*

(3) MERZ, *loc. cit.*

TABLEAUX

Nous avons classé par ordre chronologique, dans les tableaux qui suivent, toutes les opérations de Porro qui ont été faites pour rupture utérine. Nos recherches ont été conduites avec un soin suffisamment minutieux pour que nous puissions affirmer qu'il est peu d'hystérectomies partielles pratiquées pour déchirure de la matrice, si même il en existe, qui ne soient pas mentionnées dans notre statistique. Nous donnons sur la plupart de ces opérations les détails qu'il est intéressant de connaître ; ce qui nous dispense de la publication intégrale des observations (1). Pour quelques-uns de ces « *Porros* » (N^{os} 26, 46, 47, 48), nous ne pouvons mieux faire que d'en mentionner simplement l'existence, car, dépourvu des journaux où les observations ont été publiées, nous nous trouvons, par cela même, privé des renseignements que nous désirerions fournir.

(1) Les observations, que nous publierons plus loin *intégralement*, seront exclusivement relatives aux cas de rupture utérine traitées par l'hystérectomie abdominale totale. Mais, nous insérerons à la fin de ce chapitre, *en sa qualité d'unique inédite*, l'observation détaillée du « *Porro* » qui figure dans notre tableau avec le n^o 45.

Ruptures utérines traitées par la laparotomie

N ^o	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opération
1	1878	D ^r OSCAR PRÉVOT .	Moscou.	Hôpital.	33	5 mois	10 h.	Début de périton.
2	1880	D ^r SAXINGER	Tulbingen.	Hôpital.	20	1 mois	6 h.	Etat d'épuise complet.
3	1880	D ^r HALBERTSMA . . .	Utrecht.	Hôpital.	20	9 mois	»	»
4	1881	D ^r PASCALI	Rome.	Hôpital.	38	4 mois	»	Favorable.
5	1881	D ^r FORNARI	Pascali-Piceno	Maison partic.	27	»	»	Très défavorable
6	1882	D ^r MARCHAND	Paris.	Hôpital.	26	4 mois	1 h. 1/2	Très défavorable
7	1882	D ^r GRIGG	Londres.	Hôpital.	25	3 mois	22 h.	Collapsus.
8	1883	D ^r VIOLAIN	Forli.	»	27	»	12 h.	Collapsus.
9	1885	D ^r SLAVIANSKI . . .	St-Petersbourg	Hôpital.	37	9 mois	5 h.	Collapsus.
10	1886	D ^r MASON	Dublin	Hôpital.	»	3 mois	26 h.	Très grave, pres désespéré.
11	1886	D ^{rs} BUTRUILLE ET GODEFROY	»	»	»	»	»	»
12	1886	D ^r PORAK	Paris.	Hôpital Saint- Louis.	31	9 mois	9 h.	Etat très grave. F. péritonéal. Ve extrêmement loureux.
13	1887	D ^r FONTANA	Brescia.	Hôpital.	31	5 mois	24 h.	Pouls, 130. Respiration, 30 à
14	1887	D ^r ANDREWS	Cambridge.	Hôpital.	»	9 mois	9 h.	Collapsus. — P à peine percept Hernie de l'inté à travers la dé rure.

avec hystérectomie partielle (opération de Porro).

Résultat sur la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Mort.	Mort.	Hémorrhagies répétées du pédicule.	45 minutes	<i>American Journal of Obstetrics</i> , octobre 1880, p. 818.
Mort.	Mort.	Collapsus gangréneux utérin et vaginal.	70 minutes	<i>British Medical Journal</i> , 26 janvier 1884, p. 158.
Cuérison.	Vivant.	»	»	<i>Centralblatt für Gynäkologie</i> , 1884, t. V, p. 67.
Mort.	Mort.	Septicémie.	1 heure.	<i>Annali di ostetricia di Milano</i> , 1881, p. 599.
Mort.	Mort.	Péritonite.	1 h. 1/2.	<i>Raccoglitori medico di Forli</i> , 1881, t. XV.
Mort.	Mort.	Péritonite.	45 minutes	<i>British Medical Journal</i> , 26 janvier 1884, p. 158.
Mort.	Mort.	Epuisement.	2 h. 3/4.	<i>British Medical Journal</i> , 26 janvier 1884, p. 158.
Mort.	Mort.	Péritonite septique.	»	<i>Raccoglitori medico di Forli</i> , 1883, t. XX.
Cuérison.	Mort.	»	45 minutes	<i>Nouvelles archives d'obs. et de gynécologie</i> , 1887, t. II, p. 534.
Mort.	Mort.	Péritonite. Bassin oblique de Nœgelé.	»	<i>British Medical Journal</i> , 12 février 1887.
Mort.	Mort.	»	»	<i>Bulletin médical du Nord</i> , Lille, 1887, t. XXVI, pp. 267-270.
Mort.	Mort.	Péritonite septique.	1 heure.	JAILLE, Thèse Paris, 1886.
Cuérison.	Mort.	»	1 heure.	<i>Annali di ostetricia</i> , 1888, t. X, pp. 97-121.
Mort.	Mort.	Hémorrhagie.	45 minutes	<i>Lancet</i> , London, 1887, p. 820.

Ruptures utérines traitées par la laparotomie a

Numéro	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opérat
15	1887	D ^r JAVVDYNSKI....	Varsovie.	Hôpital.	28	9 mois	? 10 h. après le début du travail.	Très défavorable. Pouls imperce- ble. Hémorrhagie considérable. extrémités froides.
16	1888	D ^r BAR.	Paris.	Hôpital Tenon	31	9 mois	3 h.	Etat très grave. Cicatrices péritonéales. Pression extrême. Pouls filiforme.
17	1888	D ^r DOLÉRIS	Paris.	Hôpital de la Pitié.		9 mois	»	Faiblesse extrême. Fœtus mort et dé- maté appa- rue avec le centa qui dé- une odeur fétide.
18	1888	D ^r PETERS	Vienne.	»	»	»	»	
19	1889	D ^r H.-C. COE.....	New-York.	Maison partic.	23	2 mois	2 h. 1/2	Collapsus.
20	1889	D ^r WIEDOW.....	Fribourg.	Hôpital.		»	»	14 h.
21	1889	D ^r KEHRER	Heidelberg.	Hôpital.		»	»	»
22	1889	D ^r MORDECAI PRICE.	Philadelphie.	Maison partic.	39	7 mois	1/2 h.	Collapsus.
23	1889	D ^r SCHÆFFER.....	Munich.	Hôpital.	25	»	»	3 h. Collapsus.
24	1890	D ^r ALEXANDER....	Liverpool.	Hôpital.		»	»	»
25	1890	D ^r BERRY-HART...	Edimbourg.	Hôpital.	41	9 mois	»	Collapsus.
26	1890	D ^r BATTEY.....	Nous n'avons pas pu nous procurer le numéro du « <i>Dixième Docteur</i> » journal n'existe pas à la bibliothèque de la Faculté de Médecine. Nous lui adresser, son Directeur a eu l'obligeance de nous informer que nous sommes donc dans l'impossibilité de pouvoir fournir le plus petit de ces journaux. D^r Battey, pour un cas de rupture utérine.					

ystérectomie partielle (opération de Porro) (suite).

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Guérison.	Mort.			<i>Gazetta lekarska</i> , 1888, n° 42.
Mort.	Mort.	Epuisement.	1 heure.	BROSSARD, Thèse Paris, 1890.
Mort.	Mort.	Epuisement.		BROSSARD, Thèse Paris, 1890.
Mort.	Mort.			Société gynéc. de Vienne, 1888.
Guérison.	Mort.		1 heure.	<i>The Medical Record</i> , New-York, 1889, t. XXXVI, pp. 478-480.
Guérison.	Mort.		1 heure.	<i>Annales de gynécologie</i> , septembre 1889, p. 216.
Guérison.	Mort.			<i>Annales de gynécologie</i> , septembre 1889, p. 216.
Mort.	Mort.	Hémorrhagie.	15 minutes.	<i>Cincinnati Lancet Clinic.</i> , 28 septembre 1889, p. 336.
Mort.	Mort.	Péritonite.		<i>Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte</i> , etc... Berlin, t. III, p. 182.
Guérison.	Mort.			<i>The Liverpool Med. Chirurgical Journal</i> , 1890, t. X, pp. 364-368.
Mort.	Mort.	Epuisement.	1 h. 1/4.	<i>The Edinburg Medical Journal</i> , juillet 1890, p. 35.

uns lequel se trouve insérée l'observation du Dr Battey. Ce ne, et, en réponse à une lettre que nous avons pris soin de numéro demandé par nous était épuisé. Nous nous trou- } *The Dixie Doct.*, Atlanta, 1890, t. I, p. 1.

l'opération de Porro qui a été, pratiquée, en 1890, par le

Ruptures utérines traitées par la laparotomie av

Numéro	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opér
27	1891	D ^r E. SLAJMER....	Laibach.	Hôpital.	37	9 mois	4 h.	Collapsus.
28	1891	D ^r MERRMANN.....	»	»	»	»	»	»
29	1892	D ^r BOSSI.....	Gênes.	Maison partic.	26	8 m. 1/2	Quelques heures : un petit nombre.	Etat grave. P. assez bon.
30	1892	D ^r BOSSI.....	Gênes.	Hôpital.	37	9 mois	»	Etat désespéré. I. piration oppres Batt. card. pres imperceptibles. froidissement extrémités.
31	1892	D ^r E. SLAJMER....	Laibach.	Hôpital.	38	»	48 h.	Très défavorabl prostration ab lue, gros râles p monaires sous- pitants.
32	1892	D ^r CHROBAK.....	Vienne.	Hôpital.	33	9 mois	12 h.	Collapsus.
33	1892	D ^r H.-G. COE....	New-York.	Maison parti- culière. Eclair- age très dé- fectueux. Ai- des inexpéri- mentés.	»	9 mois	7 h. 1/2	Assez favorable : morrhagie très gère, tempérai 37°5, pouls 120.
34	1893	D ^r HINDLE.....	Londres.	Maison partic.	42	9 mois	4 h. 1/2	Collapsus.

hystérectomie partielle (opération de Porro) (suite).

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Guérison.	Mort.	"	2 heures Chloroformisation et opération.	<i>Centralblatt für Gynäkologie</i> , 4 mai 1895.
Guérison.	"	"	"	<i>Archiv. für Gynäkologie</i> , année 1891, tome XXXIX, pp. 452-467.
Guérison.	Mort.	"	25 minutes	<i>Nouvelles arch. d'obst. et de gynécologie</i> , Paris, 1893, t. VIII, pp. 303-318.
Mort.	Mort.	Epuisement de l'organisme par 5 accouchements successifs et très rapprochés, par des métrorrhagies nombreuses et abondantes, par le choc opératoire.	"	<i>Nouvelles archives d'obst. et de gynécologie</i> , Paris, 1893, t. VIII, pp. 303-318.
Mort.	"	OEdème pulmonaire.	1 h. 1/4	<i>Centralblatt für Gynäkologie</i> , 4 mai 1895.
Mort.	Mort.	Péritonite.	30 minutes	<i>Arch. für Gynäkologie</i> , 1893, p. 343 (Zur Uterus-ruptur. — Leopold von Dittel).
Mort.	Mort.	Syncope cardiaque.	"	<i>American Journal of Obstetrics</i> , New-York, année 1892, t. XXV, p. 682-685.
Mort.	Mort.	Hémorrhagie.	"	<i>The British Medical Journal</i> , London, année 1894, t. I, p. 299.

Ruptures utérines traitées par la laparotomie av

Numéro	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse.	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opérat
35	1893	D ^r BIEGANSKI,	Varsovie.	Hôpital.	40	9 mois	4 h.	Etat relativement bon : pouls, température 37, phalalgie, douleurs abdominales.
36	1894	D ^r KRAJEWSKI,	Varsovie.	»	»	»	»	»
37	1895	D ^r VILLAR,	Bordeaux.	»	»	9 mois	8 h.	Collapsus. A l'ouverture de l'abdomen on trouve la cavité péritonéale remplie de sang noir de gros caillots. Vessie largement déchirée à gauche.
38	1896	D ^r HEINRICIUS,	Helsingfors.	Hôpital.	26	9 mois	Quelques heures : un petit nombre.	Etat général bon.
39	1896	D ^r CARSTENS,	New-York.	Hôpital.	27	9 mois	Plusieurs heures	Défavorable : température 38°5, pouls 130, respiration
40	1897	D ^r FRASCANI,	Naples.	»	»	»	»	»
41	1897	D ^r PHILLIPS,	Londres.	Hôpital.	32	6 à 7 mois	15 à 16 heures	Collapsus.
42	1897	D ^r SCHOEFFER,	»	Chambre de village.	32	»	27 h.	Début de péritonite.
43	1898	D ^r JELLINGHAUS, . . .	Halle.	Hôpital.	38	6 mois	»	Etat général bon.

ystérectomie partielle (opération de Porro) (suite).

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Guérison.	Mort.	»	45 minutes.	<i>Gazeta lekarska</i> , Warszawa, année 1893, t. XIII, p. 464.
Mort.	»	»	»	<i>Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk.</i> , année 1896, t. IV, p. 608.
Guérison.	Mort.	»	»	<i>Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux</i> , 3 février 1895, p. 51.
Guérison.	Mort.	»	»	<i>Centralblatt für Gynäkologie</i> , année 1896, t. XX, pp. 1040-1043.
Mort..	Mort.	Hémorrhagie.	35 minutes.	<i>The American Journal of Obstetrics</i> , année 1898, p. 852.
Guérison.	»	»	»	<i>Rassegna d'ostet. e.ginec.</i> , Napoli, année 1897, t. VI, pp. 614-624.
Mort.	Mort.	Syncope subite.	55 minutes.	<i>Transactions of the obstetrical Society of London</i> , année 1898 t. XXXIX, pp. 260-264.
Guérison.	Mort (Embryotomie).	»	»	<i>Münch.med. Woch.</i> , 5 octobre, année 1897, p. 913.
Guérison.	Mort.	»	»	<i>Centralblatt für Gynäkologie</i> , t. LIV, p. 103.

Ruptures utérines traitées par la laparotomie av

Numéro	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opérat
44	1899	Dr N. RAW.....	Baltimore.	Hôpital.	»	9 mois	»	Collapsus. Pouls perceptible. Ref dissement des trémities.
45 (1)	1899	Dr HARTMANN.....	Paris.	Maison d'accouchements Baudelocque.	»	»	3 à 4 heures	Femme calme. Pas contractions utérines; les douleurs abdominales préexistantes ont disparu. Facies grimpé, yeux cernés. Pouls 146. T. 37°
46	Dr UNDERHILL..... } Léopold von Dittel (2) a publié une courte monographie à l'occasion et de leur symptomatologie. L'auteur ne s'étend guère sur la question							
47	Dr WALCHER..... } Porro pratiquées pour rupture de l'utérus : la plupart nous étaient							
48	Dr SCHUTZ..... } tiqué chacun une. Léopold von Dittel oublie de fournir des renseignements ces trois « Porros », sans pouvoir donner la moindre indication							

(i) C'est le seul « Porro » inédit de notre tableau ; nous devons à la bonne grâce de M. raisse dans le « *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque* » actuellement

(2) Dittel, *Zur Uterusruptur. Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. 44; t. 3, p. 343.

ystérectomie partielle (opération de Porro) (suite).

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Mort.	Mort.	Epuisement.	»	<i>Practitioner</i> , juin 1899, ou <i>American Journal of Obstetrics</i> , année 1899, t. 40, p. 270.
Guérison.	Mort.	»	1 h. 1/2.	<i>Observation inédite</i> . Paraîtra dans le « <i>Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque</i> » actuellement en préparation (année 1899).

on de deux cas de rupture utérine, intéressantes surtout sous le rapport de leur mécanisme
on du traitement. Il est fait mention, dans cette étude, d'un certain nombre d'opérations de
jà connues ; mais, nous ignorions que les Drs Underhill, Walcher et Schutz en avaient pra-
ements bibliographiques, de sorte que nous en sommes réduit à citer sous toutes réserves
r sujet.

fesseur Pinard, notre éminent président de thèse, l'autorisation de l'insérer avant qu'il pa-
paration. Nous donnons le texte détaillé de l'observation à la fin de ce chapitre.

OBSERVATION (inédite).

(Elle est due à l'obligeance de M. le professeur Pinard. C'est le seul « Porro » dont nous rapportons l'observation intégrale, parce qu'étant inédit le lecteur ne saurait, momentanément, où trouver des détails complets sur ce cas particulier, des plus intéressants.)

Rupture utérine. — Hystérectomie abdominale

par M. HARTMANN.

M. T..., italienne, Vipare, entre à la salle de travail le 24 octobre à 11 heures du soir. Cette femme ne parle qu'en patois napolitain ; ce n'est que le lendemain qu'un élève, parlant italien, arrive très difficilement à obtenir les renseignements suivants : elle ignore son âge ; elle a eu, dit-elle, cinq enfants dont quatre seraient vivants, le dernier mort pendant le travail. Tous nés à terme, spontanément.

Pour le 1^{er} accouchement : 4 à 5 jours de travail (?)

Pour les 3 suivants : 3 à 4 jours (?)

Pour le 5^e : 10 à 12 heures très pénibles.

Elle ne sait pas quand elle a eu ses dernières règles. Hauteur de l'utérus 53 centimètres.

Par le palper, on trouve la tête en bas, le dos à gauche.

Le foyer des bruits du cœur fœtal est situé sur la ligne médiane immédiatement au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher, on ne trouve pas le col. A travers le segment inférieur, le doigt perçoit des irrégularités qui font penser à Mlle Roze qu'il s'agit d'une présentation de la face. M. Funck, en pratiquant le palper, arrive au même diagnostic. Il trouve 10 cent. 8 pour le diamètre promonto-sous-pubien.

A 10 heures du matin. — Il s'écoule du liquide amniotique teinté en vert. M. Wallich, en pratiquant le toucher, croit sentir un tout petit orifice, situé sur une ligne fibreuse transversale, qui donne au fond du vagin la sensation d'une petite dépression ombiliquée. Avec la pointe d'un hystéromètre, guidé par les doigts, M. Wallich arrive à pénétrer dans cet orifice.

A midi, il continue à s'écouler une petite quantité de liquide verdâtre. Bruits du cœur fœtal ; 136.

3 heures de l'après-midi. — Les contractions se rapprochent et semblent devenir plus fortes. Bruits du cœur fœtal : 128, 140, 136.

A 3 heures 15, M. Funck, sur le conseil de M. Wallich, pratique le toucher et pénètre dans l'orifice qui a alors la dimension d'une pièce de 50 centimes. Sous l'influence de pressions très légères, l'orifice arrive à avoir la dimension d'une pièce de 2 francs.

5 heures du soir. — Le doigt senti autour de cette orifice un tissu saignant, comme caveux ; on arrive maintenant sur la suture sagittale et la fontanelle antérieure qui est située à droite et en arrière. La tête commence à plonger dans l'excavation. Pouls : 90. Depuis 4 heures, les contractions se succèdent toutes les 5 ou 6 minutes.

8 heures du soir. — Les contractions sont plus espacées et moins fortes. La femme s'agite moins. Pouls : 90. Température : 37°2.

8 heures 1/2 du soir. — Femme très indocile, ne permet aucun palper. Au toucher, l'orifice a la forme d'un ovale dont le grand diamètre, transversalement dirigé, mesure environ 5 centimètres. *A ce moment, un peu de sang brunâtre s'écoule par la vulve.* Pouls : 110. Température : 37°3. Les contractions, après avoir progressivement diminué d'intensité, ont complètement disparu.

9 heures du soir. — Mlle Ducoudart et M. Rumpelmayer constatent les signes suivants :

Pas de contractions. Les bruits du cœur fœtal assourdis et irréguliers. Pouls : 124. Température : 37°2.

Facies grippé. Petits accès de dyspnée avec intervalles de somnolence. Paroi abdominale sensible. La partie gauche de l'utérus, sans être contractée, reste continuellement dure.

Léger écoulement de sang par la vulve. Elles décident, en l'absence de Mlle Roze, de prévenir immédiatement M. Funck.

9 heures 15 du soir. — M. Funck arrive, puis constate qu'en palpant la femme on ne retrouve plus les mêmes sensations. A gauche, une masse dure remontant jusqu'au voisinage des fausses côtes et dont les limites sont très nettes ; à droite, les petits membres à peu près au même endroit où ils étaient sentis durant l'après-midi, quoique beaucoup plus superficiels : on les a pour ainsi dire sous la main. Au niveau du détroit supérieur, la tête fournit des sensations bien moins nettes.

Par la percussion, toute la partie dure qui est à gauche est franchement mate ; tandis qu'à droite, dans la région où l'on sent les petits membres, on a, par places, de la sonorité très nette. La palpation et la percussion ne déterminent aucune douleur.

A l'auscultation, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

Par le toucher, on constate, à travers un orifice ovale dont le grand diamètre a toujours 5 centimètres environ, que la tête est légèrement remontée. On sent la suture sagittale et la fontanelle antérieure, dans la situation qu'elles occupaient à 3 heures. Les contractions ont absolument cessé. La femme est beaucoup plus calme qu'elle ne l'était durant l'après-midi, mais le facies est grippé, les yeux cernés, le pouls est à 144, 146.

Pensant à l'existence d'une rupture utérine, M. Funck prévient M. Wallich qui arrive à 10 h. 20, fait les mêmes constatations, et, pensant également à l'existence d'une rupture, téléphone à MM. Pignard et Hartmann. Tout est préparé pour une laparotomie. Pouls : 148, 136, 124, 140. A 11 heures du soir il est à 110. Température : 37°3.

Opération.— Faite par M. Hartmann, le 26 octobre.

12 heures 30 matin. — Chloroforme.

12 heures 35 matin. — La femme est mise dans la position de Trendelenburg.

12 heures 41 matin. — Incision cutanée à partir de l'ombilic, sur la ligne médiane, de 15 centimètres environ.

12 heures 44 matin. — Incision du péritoine. — Il s'écoule une certaine quantité de sang noirâtre. L'intestin ayant été refoulé, une épaule du fœtus apparaît dans la plaie.

12 heures 49 matin. — Ligature du ligament large droit. Section du péritoine en avant.

1 heure matin. — L'utérus est enlevé. La rupture siège en avant au niveau du segment inférieur. La déchirure s'étend dans le ligament large gauche et se continue à travers la fosse iliaque jusqu'au niveau de la paroi abdominale antérieure.

1 heure 15 matin. — Hémostase, difficile surtout au voisinage de la rupture.

1 heure 50 matin. — *Un fil de soie passé à la partie postérieure du moignon utérin le fixe à l'angle inférieur de la plaie (1).* Une mèche de gaze iodoformée est placée en ce point et fixée à l'aide d'un fil de catgut.

1 heure 55 matin. — Suture de la plaie par 3 plans :

1° Péritoine par un surjet ;

2° Suture musculaire au catgut ;

3° Peau au crin de Florence.

2 heures matin. — Pansement.

(1) C'est bien une hystérectomie abdominale *partielle* (méthode extra-péritonéale) qui a été pratiquée par M. Hartmann.

Mensuration de l'utérus après l'opération.

Hauteur face antérieure : 17 centimètres.

Hauteur face postérieure : 14 centimètres.

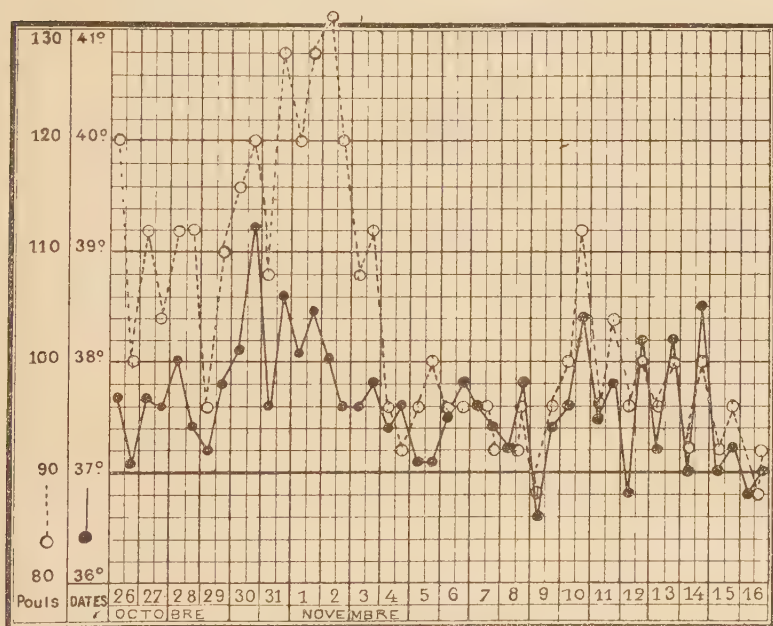
Circonférence moyenne horizontale : 32 centimètres.

Circonférence moyenne verticale : 45 centimètres.

Longueur intra-utérine : $\left\{ \begin{array}{l} \text{Paroi antérieure : 12 centimètres.} \\ \text{Paroi postérieure : 15 centimètres.} \end{array} \right.$

Poids de la portion d'utérus enlevée : 810 grammes.

(Le 5 novembre, les fils sont enlevés, la mèche aussi; dans l'ouverture, on met une nouvelle mèche de gaze iodoformée. La femme mange un potage et 3 œufs par jour).



A partir du 16 novembre, le pouls et la température deviennent normaux.

Suites opératoires. — Le 26 octobre. — La femme urine sous elle, mais ne sachant se faire comprendre, peut-être ne demande-t-elle pas le bassin (?). Agitation assez grande dans la soirée. Piqûre de morphine : dort un peu. Soif ardente. Langue humide.

27 octobre. — Piqûres de morphine : matin et soir. Léger ballonnement ; langue humide.

28 — Purgatif ayant amené six garde-robes. Boit du lait coupé avec de l'eau de Vichy.

29 — Ballonnement moins accusé ; agitation moins grande ; s'alimente un peu.

30. — Garde-robes abondantes toute la journée. Le soir, toutes les deux heures, une cuillerée de potion à base de diascordium et de bismuth. La nuit, 5 garde-robes, les 2 dernières plus consistantes. Le matin : pansement.

31. — Mèche enlevée par M. Wallich, une autre est mise. Le soir, 500 grammes de sérum salé.

1^{er} novembre. — Garde-robes abondantes et fétides. Une cuillerée de potion toutes les 2 heures, 500 grammes de sérum. Piqure morphine.

2. — Grande agitation. Langue sèche. Facies grippé. Diarrhée continue. 10 heures matin : 500 grammes sérum. Le malade ne vomit pas. M. Hartmann enlève la mèche et ne la remplace pas. Champagne et eau de Vichy. 250 grammes sérum. Bismuth : garde-robes moins fréquentes, 2 dans la soirée, le matin elles étaient incomputables. Nuit calme, pas de garde-robes. Sérum le matin. La malade urine sans le savoir.

4. — La malade demande à manger. M. Paquy ordonne pour la journée : 3/4 litre de lait stérilisé, 2 œufs, eau albumineuse.

5. — 3 œufs, un potage et du lait. Les fils sont enlevés par M. Paquy.

13. — On met un drain dans l'ouverture.

Elle quitte la *Maison d'accouchements Baudelocque* le 21 décembre 1899, guérie.

CHAPITRE VI

Laparotomie avec hystérectomie totale (1).

L'hystérectomie abdominale totale est une opération qui a pour but l'ablation de l'utérus, en totalité, par la cavité abdominale ; on la désigne quelquefois sous le nom *d'opération de Freund*, qui paraît l'avoir exécutée le premier d'une façon typique.

Delpech, en 1830, proposa le premier d'enlever l'utérus cancéreux, en totalité, par le ventre. En 1853, Burnham fit la première hystérectomie totale pour fibrome avec succès. Péan répéta l'opération en 1869 ; mais il abandonna la méthode pour se livrer à l'étude du meilleur traitement du pédicule. Freund, en 1878, reprit la question et pratiqua ses premières hystérectomies totales pour cancer. Ses résultats furent mauvais et l'opération fut délaissée jusqu'aux travaux de Bardenheuer en 1881. Ce chirurgien rappelle les inconvénients et dangers des méthodes dites intra et extra-péritonéales du pédicule et préconise l'ablation totale. Il appuie son jugement sur sept observations, qui lui ont donné six succès et pour lesquelles il avait pratiqué l'opération en deux temps, un temps vaginal et un temps abdominal. Il est donc le promoteur de la méthode vagino-abdominale.

(1) L'hystérectomie abdominale totale est désignée par certains auteurs sous le nom *d'opération de Bischoff*. Nous ne croyons pas devoir nous servir de cette appellation parce que nous avons cherché vainement le mémoire par lequel Bischoff revendiquerait l'honneur d'avoir fait la première opération de ce genre.

Il faut arriver à 1890 pour voir naître la méthode abdominale proprement dite, qui est étudiée, dans tous ses détails, dans l'important travail de A. Martin. Ce chirurgien avait d'abord adopté, en 1888, la méthode abdomino-vaginale ; mais il l'a depuis complètement abandonnée.

Jusqu'à cette date, c'est-à-dire jusqu'en 1890, l'hystérectomie abdominale totale n'avait été utilisée que pour le traitement des cancers et des fibromes utérins. *Le 2 novembre de cette année-là, le docteur polonais Krajewski (1) adopta la méthode pour les ruptures de l'utérus* ; il en obtint deux succès qui n'ont pas peu contribué à faire mettre en pratique ce nouveau procédé de traitement dans certains cas de rupture de la matrice. Nous avons recueilli 17 observations d'utérus rupturé traités par la castration abdominale totale ; nous les rapportons toutes, en détail, plus loin, après les avoir préalablement classées par ordre chronologique, en tableau, ainsi que nous l'avons déjà fait pour les opérations de Porro.

Il existe de nombreux procédés d'hystérectomie abdominale totale. Dans sa « *Chirurgie de l'utérus* », Delagénère (2) les réunit en deux groupes : 1° dans le premier, il fait rentrer tous les procédés dans lesquels *le péritoine pelvien est complètement suturé*, après l'ablation de la matrice, de façon à isoler définitivement la cavité péritonéale du vagin infecté et des parties cruentées ; 2° Dans le deuxième, il range tous les procédés qui laissent *ouvert le péritoine pelvien*, et se servent du vagin pour établir le drainage. Dans la première variété rentrent les procédés de Freund (1878), de Reverdin (1892), de Chrobak (1892),

(1) KRAJEWSKI, *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynæk.*, t. IV, 1896, p. 608.

(2) DELAGÉNIÈRE, *loc. cit.*

de Baldy (1893), d'Edebohls (1893), de Delagénère (1894), de Martin (1896), de Doyen (1896), de Richelot (1897), de Hartmann (1897), de Bardenheuer (1897); dans la seconde, ceux de Guermonprez (1891), de Polk (1892), de Lennander (1893), de Pryor (1894), de Péan (1894), de Ricard (1895), de Schwartz (1893) de J. L. Faure (1897).

Ces divers procédés ne sont pas seulement applicables à un utérus cancéreux ou fibromateux, *ils le sont aussi à un utérus rupturé*. On les trouvera décrits dans la « *Chirurgie de l'utérus* » de Delagénère. Nous nous contenterons de rapporter ici le procédé de M. Ricard, qui nous paraît un des plus pratiques et des plus sûrs. Voici la description qu'en a donnée son auteur (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1896) :

« Une fois la laparotomie faite (1),..... on a recours à l'hémostase primitive. Tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal; j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine, que l'on voit nettement enroulée de ses veines. Je place une pince et coupe; si l'artère échappe, une pince ordinaire suffit pour la saisir, et l'hémorrhagie de cette artère dénudée n'est jamais bien considérable. Je pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, je rejoins mes deux incisions péritonéales latérales, décolle le péritoine et repousse facilement la vessie vers le pubis. Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer; pour cela, directement ou sur

(1) Le premier temps de l'opération (laparotomie proprement dite) ne diffère pas du premier temps de l'opération de Porro. Voir donc pour plus de détails le chapitre précédent.

une pince introduite dans la cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant aussi le cul-de-sac antérieur, si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale, et saisissant le col, je désinsère à coup de ciseaux l'insertion du vagin, l'utérus vient alors rapidement. Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, se substituent aux pinces. Je tamponne le vagin, préalablement aseptisé, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et je referme le ventre.

« Après avoir, dans mes premières opérations, fermé avec soin et suturé le péritoine par dessus le vagin béant, j'ai complètement cessé cette manière de faire, qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'ai enregistré aucun inconvénient.

« Jamais je n'ai blessé la vessie ni l'uretère. Quant aux accidents hémorragiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares, et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. »

En résumé, après avoir lié les ligaments larges de chaque côté, M. Ricard décolle le péritoine en avant et en arrière, ouvre un des culs-de-sac vaginaux sur une pince introduite par le vagin ; puis il excise l'utérus en plaçant des pinces sur les parties qui saignent. Il draine par les voies naturelles.

Bon nombre d'auteurs sont partisans de suturer immédiatement, en travers, la tranche vaginale au moyen d'un surjet à points serrés, fait avec un gros catgut. Cette pratique nous paraît excellente ; mais on évitera de s'y conformer si les ligaments larges sont infiltrés et ont besoin d'être drainés.

De même, le plus grand nombre emploie, pour faire une hystérectomie abdominale totale, la position déclive de Trendelenburg. C'est là incontestablement une excellente manœuvre qui facilite grandement la tâche de l'opérateur, mais, ainsi que le fait judicieusement remarquer Krajewski (1), on s'expose, en l'employant, à infecter le diaphragme et la haute cavité péritonéale par l'écoulement des liquides vers ces parties supérieures de l'abdomen qui deviennent déclives. Cette considération n'a une réelle portée que dans les cas de rupture utérine, où la quantité de liquides et de matières épanchés dans les culs-de-sac péritonéaux inférieurs est généralement considérable. Voilà pourquoi, si l'on veut, à toute force, bénéficier des avantages opératoires que procure l'emploi de la position déclive de Trendelenburg dans le traitement des ruptures utérines par l'hystérectomie abdominale totale, il convient de nettoyer, du mieux possible, le péritoine pelvien avant d'incliner le corps de la malade.

Voici venu le moment d'étudier la valeur de l'hystérectomie abdominale totale dans les ruptures de l'utérus. Ce procédé de traitement n'a été encore que fort peu utilisé pour le genre d'accident qui nous occupe. Nos recherches, longues et minutieuses, ne nous permettent de présenter, en définitive, qu'un total de 17 observations de laparotomie avec hystérectomie totale pour rupture utérine. La plupart de ces observations (10 sur 17) sont relatées, en langue étrangère, dans des journaux américains, allemands et polonais. Il nous a été fort difficile de nous en procurer certaines qui n'existent, ni à la bibliothèque de la Faculté de médecine, ni à la bibliothèque nationale; celles-là, nous

(1) KRAJEWSKI, *loc. cit.*

les devons à la bienveillante obligeance des auteurs étrangers qui les ont publiées. Aussi, bien que nous ayons déjà accompli ce devoir dans notre avant-propos, nous voulons bien renouveler ici notre respectueuse reconnaissance à MM. les professeurs Mars (de Cracovie) et Brauhm (de Baltimore) pour le louable empressement qu'ils ont mis à nous communiquer les observations dont nous avons eu l'honneur de leur demander directement la communication.

Sur les 17 cas de rupture utérine, traitées par l'hystérectomie abdominale totale, que nous rapportons, nous notons 7 succès. Soit 41.17 0/0 de guérisons.

De prime abord, ce résultat ne semble pas fait pour rallier à notre opinion bien des suffrages. Et cependant, si on ne se borne pas à un examen superficiel des faits, si on ne se laisse pas hypnotiser par la réalité brute des chiffres, on doit arriver inévitablement à cette conclusion, qui est la nôtre, que la laparotomie avec hystérectomie totale est une opération de choix, absolument nécessaire dans certains cas, relativement nombreux, de rupture utérine (1).

Nous ferons observer d'abord que ce que nous disions naguère, au sujet de l'amputation utéro-ovarienne (2^e partie, chap. V), est vrai, *à fortiori*, pour l'hystérectomie abdominale totale. Nous le répétons : il faut, dans l'appréciation des statistiques récentes, tenir compte de ce fait que *l'hystérectomie abdominale totale est réservée par bon nombre d'opérateurs à des cas graves pour lesquels cette opération constitue la dernière ressource*. Si nous voulions, en effet, nous donner la peine de défalquer les nombreux cas dans lesquels l'état de la femme était désespéré avant toute

(1) Ces cas seront définis, dans la mesure du possible, à la fin du chapitre.

intervention, la mortalité opératoire réelle baisserait considérablement. Il suffira de lire attentivement quelques-unes des observations, avec guérison de la malade, que nous produisons plus loin, pour se convaincre de la vérité de ce que nous avançons. Ainsi, par exemple, M. le professeur Mars (de Cracovie) conclut, à la fin de l'observation qu'il publie (obs. X), que l'opération radicale à laquelle il a eu recours (hystérectomie abdominale totale) a sauvé la malade..... Le « Porro » n'aurait permis, ni d'enlever la partie déchirée du segment inférieur qui aurait dû faire partie du moignon, ni d'éliminer les surfaces infectées capables de produire dans la suite une péritonite septique mortelle. C'est, ajoute-t-il, dans les ruptures de ce genre, étendues, basses, déjà envahies par l'infection que l'*hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme le procédé de choix, le seul susceptible de sauver la malade quasi-irréremdiablement condamnée*. M. le professeur Branham (de Baltimore) arrive à des conclusions analogues (obs. XI) ; Krajewski, de même (premières observations) ; et, on pourrait en dire autant de tous les auteurs qui ont employé cette méthode radicale pour traiter des utérus rupturés. Si donc, comme de juste, on fait entrer en ligne de compte l'état, le plus souvent désespéré, des femmes dont on traite la matrice déchirée par la castration abdominale totale, le pourcentage des guérisons auquel nous sommes arrivé (37,50 0/0) paraîtra déjà fort beau.

Mais ce n'est pas tout ; pour apprécier sainement la valeur de la méthode actuellement en cause, il faut encore tenir compte d'une seconde constatation, bien faite, elle aussi, pour modifier certaines façons de voir, par trop pessimistes, suggérées par les statistiques. Cette deuxième constatation est basée, non point, comme celle qui pré-

cède, sur l'étude des cas suivis de guérison, mais au contraire sur l'étude des cas suivis de mort. Tout à l'heure, nous avons vu que, de l'avis même des gynécologues éminents intéressés à la question, la plupart des malades guéries, dont on a traité l'utérus rupturé par la laparotomie avec hystérectomie totale, *ont dû leur salut à l'opération employée*. Maintenant, nous nous attacherons exclusivement à faire ressortir ce fait que quelques-unes des malades qui sont mortes *auraient été certainement guéries par la castration abdominale totale*, si un accident imprévu n'était venu aggraver leur état après l'opération, ou si une complication, nécessairement mortelle, ne s'était produite après la rupture. A ce sujet, nous citerons d'abord l'observation XVI. M. Fournier (d'Amiens), auteur d'une hystérectomie abdominale totale pour rupture utérine, y dit : « *Dans le cas actuel, je puis dire que j'ai bien manqué guérir ma malade : il suffisait pour cela qu'il ne survînt pas de fistule stercorale au 16^e jour. J'ai presque la conviction que cette fistule et par conséquent cette mort auraient été évitées, si j'avais pratiqué l'irrigation continue de la vessie par le trajet de la sonde pendant les 10 à 15 jours suivant l'opération, parce que l'infection intestinale aurait sans doute été évitée de la sorte. Dans un cas semblable je n'hésiterais pas à y avoir recours.* » Ailleurs (obs. VIII) H. C. Coe *pense aussi qu'il aurait réussi à sauver sa malade par l'hystérectomie abdominale totale* s'il ne s'était produit, après la rupture, de la gangrène intestinale sur une grande étendue, par étranglement des anses grêles herniées à travers la solution de continuité accidentelle de l'utérus.

En somme, il appert clairement, après les constatations que nous venons de faire, que l'hystérectomie abdominale totale est dans bien des cas le seul procédé de traitement

qui permette de sauver une femme dont l'utérus est rompu. Il convient donc de définir ces cas ; en d'autres termes, il convient de déterminer les indications de la laparotomie avec hystérectomie totale dans les ruptures de l'utérus. Pour cela, le mieux est de reproduire, ici, les deux propositions dont nous nous sommes servi au chapitre précédent pour définir les indications de l'opération de Porro dans les cas d'utérus rupturé. Les voici :

1° *Toute rupture avec infection de la matrice (cette infection ne serait-elle que probable) réclame sans conteste une hystérectomie ; totale quand l'infection atteint le col, indifféremment totale ou partielle (suivant les tendances personnelles de l'opérateur) dans le cas contraire ;*

2° *Toute déchirure complète de l'utérus rendant injusable la suture, soit à cause de ses dimensions, soit à cause de l'état contus, déchiqueté, sphacélé de ses bords, soit enfin à cause de l'hémorrhagie abondante et rebelle dont elle est la source, réclame, elle aussi, une hystérectomie ; totale quand la déchirure descend trop bas pour permettre la formation d'un moignon sain, indifféremment totale ou partielle (suivant les tendances personnelles de l'opérateur) dans le cas contraire.*

Pour être complet, il nous reste encore à nous prononcer sur la valeur relative des deux hystérectomies abdominales, totale et supra-vaginale, dans ces ruptures utérines qui comportent indifféremment l'une ou l'autre opération. Les deux méthodes se disputent toujours la faveur des gynécologues les plus renommés, mais nous croyons que A. Martin était dans le vrai en proclamant au Congrès de Rome (1) que l'avenir est à l'extirpation totale,

(1) MARTIN (A.), *Congrès intern. de Rome, 1894.*

à la cure radicale. L'hystérectomie abdominale totale a, sur les méthodes à conservation du pédicule, la grande supériorité de *supprimer d'un coup tous les inconvénients dus à ce pédicule*. Pour ne parler que des accidents les plus graves, l'hémorrhagie et la septicémie, l'ablation totale de l'utérus les évite entièrement et nous croyons qu'il est superflu de chercher d'autres arguments en sa faveur. Aug. Reverdin a émis cet avis déjà en 1893 dans sa communication au VII^e Congrès de chirurgie : *Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus, a-t-il dit, est au moins inutile, souvent nuisible*.

Opération de Krajewski (1).

Nous signalerons, sans y insister, un procédé de traitement qui n'a été appliqué qu'une seule fois, avec succès, par son créateur, le docteur polonais Krajewski, auteur de plusieurs hystérectomies (1 partielle, 3 totales) pour rupture utérine. Ce procédé, à peu près inconnu, ne mérite pas que nous lui consacrons un chapitre spécial. Nous nous contenterons de le décrire ici, succinctement, avant de produire notre tableau des ruptures utérines traitées par l'hystérectomie abdominale totale.

Krajewski a employé son procédé que nous exposerons tantôt, dans un cas de rupture incomplète interne sous-péritonéale. Dans ses conclusions, il n'hésite pas à en faire le procédé de choix dans tous les cas où, le péritoine n'étant pas lésé, l'hémorrhagie devient menaçante par son abondance et sa ténacité.

On fait une incision, longue de 25 centimètres, parallèlement au ligament de Poupart et à deux travers de doigt

(1) *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1896, t. IV, p. 608.

au-dessus de lui. On coupe successivement les différentes couches constitutives de la paroi abdominale, jusqu'au péritoine qu'on se garde d'inciser. Lorsqu'on se trouve ainsi sur la séreuse, on la refoule en haut en la décollant de proche en proche dans la direction de la rupture utérine. Celle-ci découverte, on en fait l'hémostase, le nettoyage, la suture, ou, si les bords sont en mauvais état, on se contente de l'obturer par un double tamponnement intra et extra-utérin. Puis, l'hémorrhagie arrêtée, la plaie utérine désinfectée et fermée, le péritoine est rabattu, intact, et la plaie abdominale suturée en totalité ou en partie.

La caractéristique de ce procédé est donc le choix, pour l'incision abdominale, d'un lieu d'élection bas et oblique, permettant de relever facilement le péritoine, sans l'inciser, jusqu'au foyer de la rupture qu'on traite ensuite suivant les indications qu'il fournit.

Ce procédé n'est applicable qu'aux ruptures incomplètes. *Malgré l'excellent parti qu'en a tiré Krajeurski, nous ne croyons pas qu'il se vulgarise : d'abord, parce que son créateur, lui-même, ne lui reconnaît de la valeur que dans les rares cas de rupture incomplète compliquée d'une hémorrhagie menaçante ; ensuite, parce que, même dans ces cas-là, il est préférable de recourir à la laparotomie ordinaire que de pratiquer cette opération de Krajewski, délicate et toujours difficile à mener à bonne fin.*



TABLEAUX

Ruptures utérines traitées par la laparotomie avec hystérectomie totale. Nous avons cru bien faire en condensant dans les tableaux qui suivent les renseignements essentiels délayés dans le texte des observations intégrales que nous publions plus loin.

Ruptures utérines traitées par l'

N ^o	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opération
1	1890	D ^r KRAJEWSKI . . .	New-York.	Nous ne savons que peu de chose sur les 7 hystérectomies abdominales de Natanson et Jasinski. Le résumé d'un mémoire de Krajewski, parti d'Amérique, apprend :				
2	?	D ^r KRAJEWSKI . . .		1 ^o Que le D ^r Krajewski est le premier auteur qui ait pratiqué une hystérectomie abdominale totale.				
3	?	D ^r KRAJEWSKI . . .		2 ^o Que les 7 hystérectomies abdominales totales dont il est fait mention dans le mémoire de Krajewski, ont été pratiquées par lui-même.				
4	?	D ^r GROMADSKI . . .		3 ^o Que 2 de ces guérisons ont été obtenues par Krajewski, grâce à son aide.				
5	?	D ^r GROMADSKI . . .		C'est à Gromadski, à Natanson ou à Jasinski qu'il convient de l'attribuer.				
6	?	D ^r NATANSON . . .		Ajoutons que les renseignements sur les dates respectives de ces opérations sont très incertains.				
7	?	D ^r JASINSKI . . .		fournie à ce sujet ; c'est celle qui est relative à l'époque où fut faite l'opération (2 novembre 1890).				
8	1891	D ^r H. C. COE . . .	New-York.	Femme opérée dans une maison particulière; sur son lit, à cause de l'impossibilité où l'on se trouvait de la transporter sur une table (elle pesait 250 livr.) (1).	9	mois.	»	Etat grave : Oppression ; pouls petit, irrégulier, presque incompressible ; pâleur extrême des téguments ; pas d'hémorragie.
9	1897	D ^r LEPAGE . . .	Paris.	Maternité de Beaujon.	27	9 mois	18 h.	Etat très mauvais : Facies grippé. Dyspnée assez intense. Pouls petit, extrêmement fréquent : 154 pulsations par minute. Ventre très douloureux. Du sang noir, épais s'écoule des organes génitaux. Souffle au cœur.

(1) La livre américaine vaut 453 gr. 414.

laparotomie avec hystérectomie totale

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
--------------------------	---------------------------	--------------------------------	-------------------------	---------------------------------

Minales totales pratiquées, pour rupture utérine, par les docteurs Krajewski, Gromadski, Na-
a 1896 dans le « *Monatsschrift für Geburtshulfe und Gynækologie* » (t. IV, p. 608), nous

ystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus.

ention dans l'article que nous venons de signaler, ont donné lieu à 3 guérisons et à 4 morts.
la méthode dont il est vraiment le créateur. Quant au troisième succès, nous ignorons si
tribuer.

sept opérations font, pour ainsi dire, totalement défaut. Une seule indication précise nous est
ratiquée, par Krajewski, la première hystérectomie abdominale totale pour rupture de la

Mort (9 heures après l'opé- ration).	Mort.	Gangrène de l'intes- tin.	»	<i>American Journal of Obstetrics</i> , New-York, année 1891, t. XXIV, p. 587-593.
Mort (quelques instants après l'opé- ration).	Mort.	Epuisement (bassin vicié par cy- phose de la région lombo-sacrée).	»	<i>Observation inédite.</i>

Ruptures utérines traitées par

Numéro	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opération
10	1897	D ^r MARS	Cracovie.	Hôpital.	40	9 mois.	16 h.	<i>Etat inquiétant</i> : cies grippé ; ments pâles ; e mités froides ; tre ballonné fluctuant. T. 3 P. 120.
11	1897	D ^r BRANHAM.....	Baltimore.	Maison partic.	26	»	9 h.	<i>Etat grave</i> : Mæ pâle et sans fo Ventre distend fluctuant. P.
12	1898	D ^r LOUSSOT (de Landivisiau) ...	Campagne.	Chambre de ferme, mal éclairée.	36	»	23 h.	<i>Etat grave</i> : Vom ments verdâ Ventre très lonné et très s sible. Températ rectale 37°8.
13	1898	D ^{rs} RIBEMONT - DESSAIGNES et LEPAGE	Paris.	Maternité de Beaujon.	..	? en tra- vail depuis 24 h.	7 à 8 h.	<i>Etat désespéré</i> : F sons, sueurs pr ses. Dyspnée tense. Pouls comptable. Cor presque insens Refroidissem des extrémités.
14	1898	D ^r A. PINARD	Paris.	Maison d'ac- couchements Baudelocque.	40	8 m. 1/2	7 h.	<i>Etat très grave</i> : trême oppressi Pouls, petit, irrè lier, filiforme, p que incomptal Douleur vive au veau du creux gastrique.

arotomie avec hystérectomie totale (*suite*).

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la femme	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
guérison.	Mort.	»	40 minutes.	<i>Przegląd lekarski de Cracovie</i> , année 1897, t. XXXVI, p. 143- 159.
guérison.	?	»	»	<i>Maryland medical Journal de Ballimore</i> , année 1897, t. XXXVII, p. 332-335.
guérison.	Mort peu de temps après son extrac- tion.	»	1 h. 1/4	<i>Gazette des hôpitaux</i> , année 1898, p. 1067.
rt (Suc- mbe pen- nt qu'on ture la roi abdo- nale).	Mort (<i>Em- bryotomie pratiquée par M. le docteur Le- page</i>).	Epuisement.	»	<i>Observation inédite.</i>
rt (36 h. rès l'opé- tion).	Mort.	Epuisement.	»	<i>Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudeloc- que</i> , année 1898, p. 107.

Ruptures utérines traitées par

Número	Date	Opérateur	Ville	Hôpital ou maison particulière	Age	Age de la grossesse	Temps écoulé entre la rupture et l'opération	Etat de la femme au moment de l'opération
15	1899	Drs BARNBY et MERCIER (de Tours).	Tours.	Maternité de Tours.	34	7 mois	24 h. envir.	<i>Etat très précoce.</i> Pouls filiforme. Température Vomissements dâtres. Ventre douloureux.
16	1899	Dr FOURNIER (d'A- miens).....	Amiens.	Hôpital.	23	9 mois	»	<i>Etat mauvais.</i> Température 38°. P. 160. Douleur a veau de la iliaque gauche. lapsus.

laparotomie avec hystérectomie totale (suite)

Résultat pour la mère	Résultat pour l'enfant	Cause de la mort de la mère	Durée de l'opération	Renseignements bibliographiques
Mort (9 jours après l'opé- ration).	Mort. (Embryoto- mie).	Péritonite.	»	<i>Bulletin de la Société d'Obsté- trique de Paris</i> , n° 8, séance du 21 décembre 1899, p. 382.
Mort (25 j. après l'opé- ration).	Mort (fœtus putréfié, en présenta- tion de l'é- paule. Ex- traction par version po- dalique).	Formation d'une fis- tule stercorale, 25 jours après l'opéra- tion, alors que la guérison paraissait absolument assu- rée.	»	<i>Bulletin de la Société d'Obsté- trique de Paris</i> , n° 8, séance du 21 décembre 1899, p. 386.

OBSERVATIONS

Vu le nombre considérable de « *Porros* » faits pour rupture de l'utérus (notre tableau en contient 48), nous n'avons pas cru devoir allonger, démesurément et sans intérêt, notre travail, en publiant leurs observations détaillées (1). Nous nous contenterons de rapporter minutieusement ici *toutes les observations d'hystérectomie abdominale totale pratiquée pour rupture de la matrice*. Nous en avons recueilli 16, authentiques et certaines, plus une, douteuse, au sujet de laquelle nous fournissons (obs. VIII *bis*, p. 138) les quelques indications qui nous paraissent nécessaires pour justifier la décision que nous avons prise de la ranger dans la catégorie des « *Porros* ».

(1) Une exception a été faite en faveur du « *Porro* » *inédit*, pratiqué par M. Hartmann, pour rupture utérine, à la *Maison d'accouchements Baudelocque* : nous en avons publié l'observation, due à l'obligeance de M. le professeur Pinard, à la fin du chapitre V de notre deuxième partie (Voir page 106).

VII observations d'hystérectomie abdominale totale pratiquée pour rupture de l'utérus.

Dans le « *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie* » de 1896 (t. IV, p. 608), nous trouvons une analyse succincte d'un mémoire de Krajewski, dans lequel l'auteur revendique l'honneur d'avoir le premier traité une rupture utérine par l'hystérectomie abdominale totale. Krajewski cite en tout 7 cas de rupture de l'utérus traitées par la laparotomie avec ablation totale de l'organe lésé. Ignorant absolument les dates de publication de ces différentes observations ainsi que les journaux dans lesquels elles ont été insérées, force nous est de les mentionner purement et simplement, malgré notre vif désir de les rapporter en détail comme nous le faisons pour toutes les autres que nous avons pu recueillir.

OBSERVATION I. — *Rupture complète de l'utérus, hémorrhagie abondante. — Hystérectomie abdominale locale. — GUÉRISON. Par le Dr Krajewski, 2 novembre 1890.*

OBSERVATION II. — *Rupture complète de l'utérus. — Hémorrhagie abondante. — Hystérectomie abdominale totale. — GUÉRISON. Par le Dr Krajewski.*

OBSERVATION III. — *Rupture complète de l'utérus. — Péritonite septique. — Hystérectomie abdominale totale. — MORT. Par le Dr Krajewski, 2 février 1894.*

Nous trouvons sur cette troisième observation quelques brefs renseignements dans le compte-rendu du mémoire de Krajewski :

Il s'agit d'une rupture utérine complète survenue au

cours de tentatives infructueuses de version. Quand Krajewski est appelé pour opérer la malade, une péritonite septique s'est déjà déclarée. L'utérus est enlevé en entier et la cavité abdominale tamponnée suivant la méthode de Mikulicz. Les extrémités libres de la bourse antiseptique, bourrée avec de longues mèches de gaze iodoformée, sont amenées dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le tout est recouvert d'un pansement maintenu par un bandage de corps. La malade meurt le lendemain de péritonite septique.

Krajewski estime que l'infection péritonéale est la complication la plus grave qui puisse se produire consécutive-ment à une rupture de la matrice : ses deux premières malades, atteintes de rupture de l'utérus avec hémorrhagie abondante (obs. I et II), ont guéri ; la troisième, dont la rupture de la matrice s'est compliquée d'une péritonite septique (obs. III), est morte.

OBSERVATIONS IV et V. — *Deux hystérectomies abdominales totales pour rupture de l'utérus ont été faites par Gromadski.*

OBSERVATION VI. — *Une hystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus a été faite par Natanson.*

OBSERVATION VII. — *Une hystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus a été faite par Jasinski.*

Sur ce total de 7 opérations, il y a eu 3 guérisons et 4 morts : 2 malades de Krajewski ont guéri, nous ignorons à qui il faut attribuer le 3^e succès.

Dans ses conclusions, Krajewski émet l'opinion arrêtée que toute rupture utérine complète, sans exception, doit être traitée par la voie sanglante abdominale, c'est-à-dire par la laparotomie. Une fois le ventre ouvert, l'accoucheur procède à un minutieux examen de la lésion, et, avant d'in-

Intervenir localement, il s'inspire de l'état de la plaie. Deux méthodes de traitement méritent seules d'être envisagées : la suture de la rupture et l'hystérectomie. Si la rupture n'intéresse aucun ligament large, si ses bords sont nets, non sphacelés, susceptibles d'une bonne réunion immédiate, si enfin il n'appert aucune trace d'infection, *la suture utérine devient le procédé de choix* ; mais, si, au contraire, la rupture est de grande dimension et se propage aux tissus voisins, si ses bords sont déchiquetés et mortifiés, si enfin il y a tout lieu de croire à l'existence d'une infection secondaire survenue après l'accident, *c'est à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours*. Cette hystérectomie peut être *partielle quand* la plaie est haut-située, mais elle doit toujours être *totale quand* la plaie intéresse le col utérin et le vagin, rendant impossible ainsi la formation d'un moignon sain. •

OBSERVATION VIII.

Rupture of the uterus, with prolapse of the intestine. — Total extirpation. — Death. — (Traduction de l'auteur.)

Rupture de l'utérus, avec hernie de l'intestin. — Hystérectomie abdominale (1) totale. — MORT. — Par le D^r H. C. COE.

(Cette observation est tirée de l'« *American Journal of Obstetrics* » de New-York, année 1891, t. XXIV, pp. 587-593.)

Multipare. Un seul accouchement antérieur terminé à l'aide du forceps. Très gros enfant vivant, pesant 14 livres 1/2 (2).

Grossesse actuelle. — La femme est à terme et en plein travail ; la dilatation du col est complète, la tête ne progresse pas. Le D^r Tynberg veut faire une application de forceps ; mais, avant de s'y résoudre, il fait appeler en consultation le D^r Grandin.

La parturiente est chloroformisée ; on la touche, et on trouve une tête en O. S. complètement défléchie. Après avoir essayé, sans succès, de fléchir la tête fœtale, les D^{rs} Tynberg et Grandin tentent successivement d'extraire l'enfant à l'aide du forceps ; chaque fois l'instrument dérape et les voilà obligés d'avoir recours à un autre mode d'extraction.

D'un commun accord, ils écartent l'embryotomie toujours fatale à l'enfant (il vivait encore). La version semble contre-indiquée en présence d'un utérus fortement contracté et d'une tête fœtale engagée, de sorte que c'est presque sans espoir de succès que le D^r Tynberg la tente. Contre toute prévision elle réussit ; le corps de l'enfant se laisse facilement dégager, mais la sortie de la tête, impossible à obtenir par la manœuvre de Mauriceau, nécessite l'emploi du forceps. On amène un enfant mort-né de 14 livres 1/2 (environ 13 livres françaises, 6 kil. 500).

L'état de la mère reste toujours satisfaisant. Le pouls est bon : légèrement précipité, mais bien frappé : 100. Température 99° (3).

(1) Nous ajoutons le mot *abdominale* qui n'existe pas dans le texte pour que le lecteur soit immédiatement et exactement renseigné sur l'opération qui a été pratiquée.

(2) La livre américaine pèse exactement 453 gr. 414, c'est-à-dire 46 gr. 586 de moins que la livre française. Il s'agit donc ici d'un enfant de 13 livres françaises ou de 6 kilogr. 500.

(3) Il s'agit évidemment de 99° Farenheit. L'échelle Farenheit est

20 minutes après l'extraction de l'enfant, le placenta refuse de venir. Le Dr Tynberg introduit la main dans l'utérus pour aller le décoller ; peine perdue, il n'y parvient pas, et il constate l'existence d'une rupture utérine avec hernie de l'intestin. Plus heureux que son confrère, le Dr Grandin réussit à délivrer la femme et à réduire les anses intestinales prolabées. Il tamponne la cavité utérine avec de la gaze iodoformée, puis il discute avec le Dr Tynberg l'idée d'une laparotomie immédiate.

L'état de la malade a considérablement empiré, il est grave : oppression ; pouls petit, irrégulier, très faible, presque incomptable ; pâleur extrême des téguments, mais pas d'hémorrhagie. Dans ces conditions, toute intervention chirurgicale semble devoir être funeste à l'accouchée. On attend. Le lendemain, la malade se trouve mieux et le Dr Grandin prie son ami le Dr Coe de faire la laparotomie.

Le Dr Coe, mis au courant des manœuvres précédentes par le Dr Grandin, espère, avant tout examen, pouvoir guérir la malade par simple drainage de la cavité péritonéale. Il manifeste d'abord l'intention d'introduire un drain dans l'abdomen à travers la déchirure et de l'y maintenir à l'aide de tampons de gaze iodoformée. Or, qu'elle n'est pas sa surprise, quand il glisse la main dans le vagin, de le trouver rempli d'anses intestinales venues de la cavité abdominale par une large déchirure siégeant sur la limite utéro-vaginale. L'intestin prolabé ne peut pas être réduit, à plus forte raison ne pourrait-il pas être maintenu réduit. De plus, la malade est déjà infectée ainsi que le prouve l'écoulement d'un flot de pus qui se produit après l'ablation du tampon précédemment introduit par le Dr Grandin. Il est évident qu'il ne reste plus qu'une seule et bien minime chance de sauver la femme : faire la laparotomie.

Le mari, mis au courant de la situation, accepte sans hésiter l'intervention chirurgicale. Le Dr Coe doit se résoudre à opérer la malade sur le lit, à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de la transporter sur une table (elle pesait 250 livres) (1). Toutes les précautions antiseptiques sont prises, et, avec l'aide éclairée du Dr Grandin, le Dr Coe entreprend sa tâche.

L'abdomen est ouvert par une incision médiane sous-ombilicale ; l'utérus est soulevé, et on voit une vaste déchirure transversale inté-

celle qui est utilisée le plus habituellement en Angleterre et en Amérique. Les 99° Farenheit correspondent exactement à 37°22 centigrades.

(1) Il s'agit toujours de livres américaines.

ressant les deux ligaments larges et siégeant en avant, à l'union du vagin et de l'utérus. Le corps de la matrice est lui-même fortement endommagé ; il porte plusieurs déchirures, il est comme déchiqueté. Point de sang et point de pus dans la cavité péritonéale ; nul signe de péritonite.

Vu le siège de la rupture, son étendue et le mauvais état de ses bords, le Dr Coe renonce à la fois à suturer les lèvres de la plaie et à n'extirper qu'une partie de la matrice. *Il décide de faire l'ablation totale de l'organe* : il décolle la vessie et la refoule en avant ; il pince latéralement les deux ligaments larges, les sectionne au ras de l'utérus et les lie avec plusieurs catguts.

Enfin, l'utérus est libéré de ses insertions vaginales et enlevé.

Aucune hémorrhagie ne se produit. — Irrigation de la cavité péritonéale. — Examen minutieux de l'intestin : les anses antérieurement herniées sont noires et gangrénées ; leur résection serait dangereuse à cause de l'étendue de l'intestin malade qu'il faudrait supprimer, et à cause aussi de l'état grave de l'opérée ; elles sont nettoyées et laissées en place.

La cavité abdominale et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée, puis le ventre refermé.

Durée totale de l'opération : une demi-heure. Mort 9 heures après.

Le Dr Coe pense que l'hystérectomie abdominale totale était la seule intervention chirurgicale possible : les lèvres de la solution de continuité étaient peu susceptibles d'une réunion immédiate : la direction de la rupture et sa situation s'opposaient à la formation d'un moignon ; l'infection partielle des tissus circumvoisins était une indication formelle en faveur de l'ablation totale de la matrice. — *La cure radicale était donc le seul moyen de salut, et elle l'aurait déterminé si l'intestin n'avait été gangréné sur une si grande étendue.*

OBSERVATION VIII bis.

Hystérectomie abdominale totale douteuse.

L'observation que nous nous proposons de reproduire à cette place, est consignée dans l' « *American Journal of Obstetrics* » de New-York (année 1892, t. XXV, pp. 682-685). La lecture du texte original nous a laissé indécis sur la véritable opération qui a été pratiquée. Il s'agit soit d'une hystérectomie partielle, soit d'une hystérectomie abdominale totale. Nous avons, sans raison absolument déterminante, classé cette opération parmi les « *Porros* », faits pour rupture utérine, dont nous avons dressé précédemment le tableau chronologique (1).

L'auteur de cette hystérectomie *mal définie* est le D^r américain Coe qui pratiqua avec succès, en 1889, l'ablation partielle d'un utérus rupturé (2), et plus tard sans succès, en 1891, une hystérectomie abdominale totale, toujours pour rupture de la matrice (3). Dans le compte rendu amphibologique qu'il donne de l'opération pratiquée, le D^r Coe affirme, à deux reprises, avoir *extirpé la matrice en entier (entire uterus)* ; mais voilà que plus loin, il ajoute qu'il *a fixé le moignon (stump) dans l'angle inférieur de la plaie abdominale*. Il y a là une contradiction flagrante dans les termes, dont le lecteur pourra aisément se rendre compte en lisant le texte original.

Quant à nous, nous pencherions à croire *qu'il s'agit*, dans

(1) Voir tableau des « *Porros* », page 100, n° 33.

(3) Voir observation précédente.

(2) Voir tableau des « *Porros* », page 98, n° 19.

l'espèce, *d'une ablation sus-vaginale de l'utérus* avec fixation du pédicule hors de la plaie abdominale (*Porro*, méthode extra-péritonéale). C'en'est là, en somme, qu'une croyance absolument hypothétique, mais c'est elle qui, à tort ou à raison, nous a déterminé à ne pas reproduire, ici, cette observation d'hystérectomie abdominale totale douteuse, à côté de celles, authentiques et certaines, que nous avons recueillies et que nous rapportons intégralement.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Bien que nous ayons déjà accompli ce devoir dans notre avant-propos, nous n'hésitons pas à renouveler ici nos remerciements à M. le Dr Ribemont-Dessaignes, accoucheur de la Maternité de Beaujon, qui a bien voulu nous donner communication de cette observation et de la XIII^e.)

Bassin vicié par ciphose de la région lombo-sacrée. — Antéversion utérine très accusée. — Rupture spontanée de l'utérus au cours du travail. — Etat hémorrhagique grave. — Extraction du fœtus par les voies naturelles. — Laparotomie. — Ablation du placenta. — Hystérectomie abdominale totale. — MORT de la femme quelques instants après. — Par M. le docteur LEPAGE.

A deux heures de l'après-midi, le dimanche 28 novembre 1897, je suis appelé d'urgence, comme assistant du Dr Ribemont-Dessaignes, à la Maternité de Beaujon, auprès d'une femme rentrée la veille et chez laquelle l'accouchement traînait en longueur.

Cette femme est enceinte pour la seconde fois ; la première grossesse a eu lieu en 1895, l'accouchement a été terminé par une application de forceps, l'enfant est mort deux mois après la naissance.

Agée de 27 ans, cette femme exerce la profession de blanchisseuse. Elle raconte qu'elle n'a marché qu'à deux ans. A l'âge de cinq ans, elle aurait fait une chute (?) qui aurait déterminé la déformation, très considérable, qu'elle présente au niveau de la région lombo-sacrée de la colonne vertébrale.

Grossesse actuelle. -- Les dernières règles ont eu lieu du 26 au 29 février. Elle entre à la Maternité de Beaujon le 27 novembre à 9 heures du soir. Cette femme très amaigrie présente une cyphose à la partie inférieure de la colonne vertébrale lombaire.

Le ventre est en besace, l'utérus, assez volumineux (son fond remonte à 3¼ centimètres au-dessus de la symphyse), est fortement incliné en avant, la vulve est reportée en arrière.

La malade ne peut rester couchée dans le décubitus horizontal, à cause d'une dyspnée assez intense.

Palper difficile et douloureux ; la malade accuse une douleur très vive dès qu'on applique les mains sur la paroi abdominale. On croit

reconnaître une tête fœtale non engagée, au niveau du détroit supérieur ; le dos est à gauche, les petites parties fœtales sont à droite et au fond de l'utérus.

On constate, au niveau des organes génitaux, un écoulement sanguin noirâtre assez abondant.

Au toucher, excavation vide, orifice utérin dilaté comme une pièce de cinq francs.

Température axillaire 37°.

Cette femme est mise à la salle de travail.

Pendant la nuit on ne constate ni contractions utérines ni écoulement sanguin.

Le 28 novembre, à 11 heures du matin, dilatation de cinq francs, tête mal fléchie, très élevée. L'écoulement sanguin, qui avait cessé, se reproduit. À 1 heure et demie de l'après-midi on me fait demander pour examiner cette femme.

Je suis frappé tout d'abord par son mauvais état général et par la dyspnée assez accusée qu'elle présente. Le pouls est petit, extrêmement fréquent : 154 *pulsations à la minute*. Bruit de souffle au niveau de la région précordiale.

L'auscultation pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

L'exploration de l'abdomen est très difficile : la malade accuse en effet une douleur spontanée que la moindre pression réveille d'une manière très aiguë.

L'auscultation ne permet pas d'affirmer que le fœtus est vivant en raison de la fréquence des battements du cœur de la mère.

Utérus en antéverson très marquée : on a mis un bandage abdominal pour le soulever. Circulation sus-ombilicale très développée. Il s'écoule des organes génitaux un sang *noirâtre, épais*, dont les caractères me font dire que cette femme perd du sang comme dans un cas de rupture de l'utérus.

L'orifice interne est à peu près complètement dilaté. La tête est petite et très élevée. On ne peut guère songer à l'extraire avec le forceps.

L'état de la femme est très mauvais.

Je pratique la version par manœuvres internes. Le liquide amniotique est verdâtre et fétide. Après avoir déplacé la tête, je saisis le pied droit ; je m'aperçois alors (croyant toujours être dans l'utérus) qu'il existe en avant du fœtus une tumeur arrondie, régulière et volumineuse que je prends pour un fibrome ; je la fais sentir au Dr Rudaux en lui disant : fibrome de la paroi antérieure de l'utérus et dont la forme rappelle absolument celle du corps de l'utérus. Je crois, à ce moment,

être dans la cavité utérine. Quelques tractions faites sur ce pied montrent que l'évolution se fait difficilement. Je vais à la recherche du second ; l'extraction se fait sans difficulté. Le cordon, senti dans la cavité, ne présente pas de battements. L'enfant exhale une odeur un peu fétide. C'est un garçon, mort-né, pesant 2620 grammes et dont les diamètres de la tête sont : O.M., 12,9 ; O.F., 11,4 ; So.B., 9,5 ; So.F., 11,4 ; BiP., 9 ; BiT., 7,5 ; Sm.B. 9.

Pendant l'opération il s'est écoulé du sang noirâtre ; en voulant faire la délivrance et laver l'utérus, je m'aperçois que l'enfant a passé, à travers une large brèche du cul-de-sac postérieur, dans la cavité abdominale et que le fibrome qui simulait si bien l'utérus est bien l'utérus lui-même. Je décide de pratiquer la laparotomie. Cet avis est partagé par mon ami le Dr Bouffe de Saint-Blaise, qui a bien voulu examiner la malade et me prêter son assistance pour l'opération.

Hystérectomie. — Une hémorrhagie assez abondante succède à l'extraction du fœtus. Le vagin est tamponné avec de la gaze stérilisée. M'apercevant que la main, introduite par la déchirure du cul-de-sac postérieur, pénètre dans la cavité péritonéale et arrive au contact des anses intestinales, je confirme le diagnostic de rupture de l'utérus. Il faut pratiquer la laparotomie. La femme est endormie ; au début, son pouls était à 152 pulsations, mais il était bien frappé de même que les battements du cœur. Incision de la paroi abdominale. Dans la cavité péritonéale on trouve le placenta entièrement décollé et sorti de l'utérus par la déchirure de sa paroi. En avant de l'utérus est un épanchement sanguin d'un litre et demi environ. Le placenta est enlevé, puis je pratique l'hystérectomie en incisant le péritoine transversalement, en avant de l'utérus et en décollant la paroi vaginale. Des pinces sont mises sur les ligaments larges qui sont sectionnés, l'un après l'autre. *L'utérus est enlevé complètement* et la ligature isolée des vaisseaux des ligaments larges est pratiquée.

L'opération se continue par la toilette du péritoine qui était inondé de sang : on lave le péritoine à l'eau bouillie à 48°. On trouve du sang en assez grande abondance sous les anses intestinales jusqu'au niveau de la face inférieure du foie.

Vers le milieu de cette opération, l'état général de la femme est de plus en plus mauvais. La respiration s'embarrasse ; on cesse l'anesthésie. Le pouls devient de plus en plus faible ; on pratique deux piqûres d'éther, une de caféine. On fait respirer de l'oxygène, enfin on lui injecte d'abord dans le tissu cellulaire sous-cutané, puis directement dans la veine médiane céphalique gauche, environ 500 grammes

de sérum artificiel. L'opération était presque terminée, quand, peu à peu, les mouvements respiratoires et les battements cardiaques ont cessé.

L'utérus, examiné ensuite, a présenté les dimensions suivantes : distance des deux trompes, 12 centimètres, sur la face antérieure ; longueur de cette face antérieure, 21 centimètres ; longueur de la déchirure, 8 centimètres. Poids : 760 grammes. — La déchirure siégeait sur la partie latérale gauche ; elle intéressait la paroi de l'artère utérine, qui, suivant toutes probabilités, avait fourni les quantités assez considérables de sang perdu par la femme pendant l'accouchement et trouvé, pendant l'opération, dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION X.

Przypadek dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony przez wycięcie całkowite macicy po otwarciu jamy brzucha.

— (Traduction de notre excellent confrère et ami M. le Dr Léon PETERSCIM.)

Un cas d'hystérectomie abdominale totale pratiquée pour une rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. — GUÉRISON. — Par M. le professeur A. MARS.

(Cette observation est tirée du « *Przegląd lekarski* » de Cracovie, année 1897, t. XXXVI, pp. 143-159.)

Dans un court préambule, M. le professeur Mars constate que le traitement des ruptures utérines est une question à l'ordre du jour, intéressante surtout parce qu'elle est toujours en suspens. On s'en est beaucoup occupé au dernier Congrès de Vienne, mais elle est loin encore d'être complètement résolue. Les membres du Congrès qui ont pris une part active à la discussion ont oublié de parler du traitement des ruptures utérines par l'hystérectomie abdominale totale. Cette méthode radicale, inaugurée, avec succès, par le Dr Krajewski de Varsovie en 1890, est justement celle que M. le professeur Mars a heureusement utilisée dans le cas suivant :

M. M..., est une paysanne, multipare, âgée de 40 ans. Elle a eu 8 enfants, tous vivants et bien portants, le plus jeune a 3 ans d'âge ; l'année dernière (en 1896) elle fit une fausse couche.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles prirent fin au commencement du mois d'avril 1896. Le 27 décembre, le travail commence : ce sont d'abord des douleurs légères, fort espacées, qui n'occasionnent à la patiente que des souffrances très tolérables. 4 jours plus tard, le 1^{er} janvier 1897, les douleurs augmentent d'intensité et de fréquence. Enfin le lendemain, 2 janvier, vers les 6 heures du matin, à la suite de contractions particulièrement douloureuses, brusquement et sans

cause apparente, un flot de sang jaillit de la vulve et inonde le lit. C'est le point de départ d'une rétrocession de travail : les douleurs deviennent de moins en moins intenses, elles s'espacent et cessent complètement vers les 11 heures du matin.

L'état général de la malade commence à devenir inquiétant : le facies est grippé, les téguments pâles, les extrémités froides ; température, 35°5 ; pouls, 120. On la transporte à l'hôpital à 8 heures du soir dans une mauvaise voiture à ridelles. Durant le trajet, elle perd, au dire de la sage-femme qui l'accompagne, un litre de sang environ.

Elle arrive dans un état d'épuisement des plus graves : elle est pâle, froide et sans force. La température et le pouls n'ont pas changé : Température, 35°5 ; Pouls, 120. Le ventre est uniformément ballonné et fluctuant. Par le palper, on ne trouve pas l'utérus ; mais on sent fort bien, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, la tête fœtale mobile et superficielle ; à droite le dos, dans l'hypochondre gauche les petits membres pelviens. Le toucher ne fournit aucune indication précise ; il permet simplement d'apprécier, sur la paroi postérieure du vagin au-dessus de l'orifice vulvaire largement dilaté, l'existence d'une tumeur grosse comme un poing d'homme. Il est manifeste qu'on se trouve en présence d'une rupture complète de la matrice avec passage du fœtus dans la cavité péritonéale : le palper ne laisse aucun doute à ce sujet. Le diagnostic est certain. On décide de faire la laparotomie. M. le professeur Mars la commence à 10 heures.

Au préalable, la malade avait été endormie, son ventre et ses voies génitales soigneusement désinfectés, le champ opératoire circonscrit avec des compresses stérilisées. M. le professeur Mars fait sur la ligne blanche de l'abdomen une longue incision qui va de l'ombilic au pubis : il coupe, couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'entrecroisement fibreux des muscles larges de l'abdomen, puis il atteint le péritoine auquel il fait une boutonnière qu'il agrandit avec les ciseaux. Il trouve dans la cavité péritonéale un litre environ de sang liquide qu'il retire. Le fœtus et le placenta sont là, en avant, directement sous la paroi abdominale ; il les enlève facilement et il peut voir alors l'utérus, complètement rétracté, appliqué en arrière contre la colonne vertébrale et à demi-caché sous des anses intestinales agglomérées. Le col est fendu en avant dans toute sa largeur. En soulevant l'utérus, on voit en arrière une deuxième rupture, mais incomplète celle-là : elle n'intéresse pas le péritoine.

M. le professeur Mars commence par pincer à droite et à gauche les ligaments larges qui saignent, il les sectionne et les lie. Il ouvre ensuite avec précaution le cul-de-sac vésico-utérin, décolle la vessie vers

le pubis et libère l'utérus de ses insertions vaginales antérieures ; en arrière, il procède de même ; enfin, quelques coups de ciseaux donnés latéralement *détachent tout à fait la matrice. Le bord postérieur du vagin est réuni au bord postérieur du péritoine* par 4 points de suture au catgut. 4 autres points unissent *la tranche vaginale antérieure à l'incision antérieure du péritoine*. Tous les fils réunis en faisceaux sont passés de la cavité abdominale dans le vagin et tirés à la vulve à l'aide d'une pince introduite par cet orifice.

M. le professeur Mars procède au lavage de la cavité abdominale avec une solution de chlorure de sodium à 7 0/00, filtrée, bouillie et stérilisée. Il bourre le vagin et le bas de la cavité péritonéale avec une longue mèche de gaze iodoformée dont le chef supérieur émerge, au-dessus du pubis, par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale refermée sur 3 plans.

L'opération a duré en tout 40 minutes.

Les suites de cette intervention chirurgicale ont été des plus simples et des plus heureuses : à aucun moment l'opérée n'a eu de vomissements ; la température n'a jamais atteint 38° ; le pouls est vite tombé de 120 pulsations à 100, puis à 80 et enfin à 70 ; les urines sont toujours restées abondantes, claires et non albumineuses.

Depuis le 28 janvier, la malade marche ; voilà longtemps déjà qu'elle est complètement guérie.

M. le professeur Mars estime que l'opération radicale à laquelle il a eu recours a sauvé la malade. L'utérus, déchiré en plusieurs points de son segment inférieur, ne pouvait être conservé, pas plus en partie qu'en totalité. Le « Porro », en effet, n'aurait permis, ni d'enlever la partie déchirée du segment inférieur qui aurait dû faire partie du moignon, ni d'éliminer les surfaces infectées capables de produire dans la suite une péritonite septique mortelle. C'est dans les ruptures de ce genre, étendues, basses, déjà envahies par l'infection, que l'hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme le procédé de choix, le seul susceptible de sauver la malade quasi-irréremédiablement condamnée.

OBSERVATION XI.

A case of complete hysterectomy for rupture of the uterus and vagina. — (Traduction de l'auteur.)

Un cas d'hystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus et du vagin. — GUÉRISON. — Par M. le professeur J. H. BRANHAM.

(Cette observation est tirée du « *Maryland Medical Journal* » de Baltimore, année 1897, t. XXXVII, pp. 332-335.)

Mary S..., négresse, multipare, âgée de 26 ans, réglée à 12, mariée à 16, 5 enfants et 5 fausses couches. Taille petite, bassin petit sans déformation apparente. Toutes les grossesses précédentes ont abouti à un travail laborieux ; tous les accouchements ont nécessité l'emploi du forceps.

Grossesse actuelle. — Les premières douleurs apparaissent le 3 octobre 1896. La dilatation du col utérin est lente à se produire. Le 4 octobre à 1 h. 1/2 du matin, l'utérus se contracte avec moins d'énergie ; l'enfant est en O. I. G. A, on peut l'extraire à l'aide du forceps. 20 minutes après, on délivre la mère.

M. le professeur Branham voit la malade pour la première fois le 4 octobre à 10 heures du matin : elle est pâle et sans force ; le pouls radial, à peine perceptible, donne 120 pulsations à la minute ; les bruits du cœur sont bons ; le ventre est distendu et fluctuant. Le toucher permet de reconnaître l'existence d'une large déchirure, sise, à gauche, sur la ligne de jonction utéro-vaginale ; il existe en outre une petite déchirure à droite. A n'en pas douter, une quantité considérable de sang s'est épanché dans le péritoine. M. le professeur Branham redoute l'infection et juge que la laparotomie peut seule permettre de sauver la malade. Il décide d'intervenir sur le champ. Une chambre est hâtivement préparée, et, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, M. le professeur Branham commence l'opération.

OPÉRATION. — Il incise la peau, au-dessous de l'ombilic, le long de la ligne blanche de l'abdomen ; il sépare, sur la ligne médiane, les deux muscles droits ; puis, il ponctionne le péritoine d'un coup de bistouri, et, introduisant un doigt dans cette boutonnière péritonéale, il l'agrandit à coups de ciseaux en haut et en bas. Dès que la paroi abdominale est ouverte, une énorme quantité de sang en jaillit. Les culs-

de-sac péritonéaux inférieurs sont comblés de caillots, qui, une fois retirés, laissent apparaître, intacte, la surface antérieure de l'utérus. En soulevant la matrice, M. le professeur Branham se rend un compte exact de la lésion : la déchirure part de la partie postéro-latérale gauche du segment inférieur de l'utérus, elle se dirige en avant sur la ligne d'insertion utéro-vaginale en intéressant la paroi antérieure du rectum, et elle vient prendre fin dans le ligament large gauche. Elle a 6 pouces de long. À droite, une petite rupture siège sur la voûte vaginale.

Après avoir pris en sérieuse considération l'étendue de la plaie, son siège, et l'état de ses bords, M. le professeur Branham *se résout à faire une hystérectomie totale.*

L'utérus est soulevé, et attiré hors de la cavité abdominale. Les deux ligaments larges, ainsi que les vaisseaux utéro-ovariens et utérins, sont liés en chaîne à une courte distance des bords de l'utérus, puis sectionnés de haut en bas au ras de cet organe. Un trait transversal antérieur rejoint les deux incisions péritonéales latérales et permet de décoller en bas le péritoine en refoulant la vessie vers le pubis. Dès lors, l'utérus ne tient plus que par le vagin dont il s'agit de le séparer. Pour cela, M. le professeur Branham incise le cul-de-sac utéro-vaginal antérieur, agrandit la boutonnière, et, saisissant le col, désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin. L'utérus vient rapidement et est enlevé en entier. Le péritoine est clos par une suture circulaire en surjet, les plaies vaginales droite et gauche sont suturées, et le ventre refermé. Le vagin est bourré avec une longue mèche de gaze iodoformée.

La malade a fort bien supporté l'opération. Elle a eu quelques nausées à son réveil, sans vomissements. Elle n'a jamais perdu l'appétit et elle a toujours très bien digéré les aliments qu'on lui a donnés. Durant les 5 jours qui ont suivi l'opération, elle a eu un peu d'élévation de température : le thermomètre marquait, sous l'aisselle, 102 F. (1). Une minime quantité de pus s'est écoulé du vagin, mais l'état général est toujours resté excellent. Aujourd'hui, elle est complètement rétablie et elle vaque de nouveau à ses occupations d'antan.

M. le professeur Branham estime que *l'hystérectomie abdominale totale pouvait seule permettre de sauver la malade.* Dans un avenir prochain, *la laparotomie, avec ou sans hystérectomie, sera considérée comme une nécessité opératoire dans tous les cas de rupture utérine complète.*

(1) 102 F. correspondent exactement à 38°34 centigrades.

OBSERVATION XII.

Un cas d'hystérectomie abdominale totale pratiquée à la campagne pour une vaste déchirure de l'utérus, survenue vingt-trois heures auparavant au cours d'une version. — GUÉRISON. — Par M. le Dr LOUSSOT.

(Cette observation est tirée de la *Gazette des hôpitaux*, année 1898, p. 1067.)

Le sujet de la présente observation est une nommée R..., Marguerite, âgée de trente-six ans. Cette femme a eu dix enfants, et a, en outre, fait trois pertes dont la dernière, survenue en août 1897, avait été suivie quelques jours après, d'hémorrhagie et de phénomènes d'infection qui cédèrent d'ailleurs rapidement à un curetage.

Le 27 août dernier elle accouche de nouveau à 6 heures du soir. La sage-femme qui l'assiste, après plusieurs heures d'attente, trouvant que le travail se prolonge, le col étant, dit-elle, dilaté complètement, la tête en bas mais peu engagée, croit devoir faire la version. Elle amène un enfant qui ne tarde pas à succomber, ce qui fait penser que l'opération avait offert quelques difficultés, quoique les autres accouchements de la femme R... aient été tous spontanés. Délivrance facile, par traction sur le cordon.

Jusqu'à minuit, rien de particulier dans l'état de l'accouchée. En ce moment, et presque brusquement, le ventre se ballonne, et des douleurs de plus en plus violentes apparaissent. Je suis appelé à quatre heures du matin, et j'arrive au domicile de la femme, une petite ferme située à 13 kilomètres environ de Landivisiau, vers six heures.

Je trouve, en effet, le ventre très ballonné et extrêmement sensible. Pas des vomissements, mais un peu de hoquet. Le pouls est bon. Température rectale, 38°2. L'utérus rétracté se sent bien à gauche, moins facilement à droite. Rien ne s'écoule, et, au dire de l'entourage, presque rien ne s'est écoulé par le vagin depuis l'accouchement. Cette circonstance et la précocité des accidents péritonéaux me font songer à la possibilité d'une perforation utérine, et ne pouvant, sans chloroforme, introduire la main dans l'utérus à cause de l'extrême sensibilité de tout l'abdomen, je fais, après désinfection de la vulve et du vagin, une injection intra-utérine d'eau bouillie tiède. Immédiatement surviennent des douleurs intenses, irradiées à tout le ventre, et, bien que j'aie soin

de déplacer ma canule en tous sens, rien ne ressort par le vagin. Mon diagnostic me semble confirmé.

Je fais part au mari de la nécessité d'une intervention qui est acceptée. Mon idée, à ce moment, était qu'il s'agissait d'une perforation peu étendue, la femme n'ayant pas présenté de signes d'hémorrhagie intense grave, et je pensais qu'il suffirait d'ouvrir le péritoine, de le laver, et peut-être de le drainer, puis de suturer la déchirure utérine.

Je fais appeler M. Prouff qui me donne, par télégramme, rendez-vous à 4 heures, et je reviens moi-même auprès de la malade, vers 3 heures 1/2, muni de tout ce qui me paraissait nécessaire pour l'opération projetée, et, en particulier, de compresses de gaze, de fils, de drains et de brosses préalablement passés chez moi à l'autoclave.

Dès mon arrivée, je fais disposer la table placée en face d'une petite fenêtre assez mal éclairée et je fais bouillir les instruments pendant 20 ou 30 minutes environ. Je les place ensuite dans les plateaux flambés à l'alcool ; de même pour l'eau destinée aux lavages, qui, après avoir été bouillie, est versée dans des cuvettes également flambées. M. Prouff, pour mieux se garantir de tout contact suspect, fait, en outre, recouvrir de linges frais et lessivés les tables où était disposé notre appareil instrumental.

Telles furent, en résumé, les précautions d'asepsie prises dans les conditions spéciales où nous opérons. Quant à nous-mêmes et à la femme, nous procédâmes de la façon habituelle.

En ce moment, la malade avait déjà eu plusieurs vomissements, dont les deux derniers verdâtres ; le ventre était toujours très ballonné et très sensible. Température rectale, 37°8. Nous l'endormons et confions ensuite le chloroforme à mon domestique depuis longtemps dressé à cet exercice. Puis, tout le champ opératoire lavé et désinfecté à nouveau, j'introduis la main dans l'utérus : j'y trouve l'intestin et l'épiploon prolabé et une vaste déchirure, située à droite, et laissant passer la main dans la cavité péritonéale. M. Prouff fait la même constatation.

Le ventre ouvert depuis l'ombilic jusqu'au pubis, il s'écoule une assez grande quantité de liquide sanguinolent, avec quelques caillots. Les intestins sont refoulés et maintenus à l'aide d'une compresse aseptique, et, quoique nous n'ayons à notre disposition qu'une table non inclinée, ils ne gênent plus guère dans la suite. L'utérus attiré au dehors et rabattu sur le pubis, nous pouvons mesurer l'étendue et la situation de la déchirure : elle n'a pas moins de 12 centimètres de long, et s'étend parallèlement au ligament large droit, à 3 centimètres environ en avant de celui-ci, depuis le cul-de-sac latéral droit où elle em-

piète un peu sur le vagin jusqu'au bord supérieur des annexes. Les bords en sont contus et paraissent peu susceptibles de réunion immédiate.

Dans ces conditions, M. Prouff décide, et je me range à son avis, qu'une opération radicale, l'hystérectomie totale, s'impose. Nous ne disposons pour cette opération, que d'une douzaine et demie de pinces ordinaires, et de deux flacons de catgut Leclerc. Nous lions d'abord en chaîne le ligament large droit jusqu'à la région de l'utérine, et nous opérons de même à gauche. Nous étions ainsi débarrassés des utéro-ovariennes, puis nous disséquons, ce qui fut du reste très facile, une collerette péritonéale sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ensuite, partant de l'extrémité inférieure de la déchirure, nous plaçons sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures en anse et nous détachons au fur et à mesure aux ciseaux l'utérus du vagin, nous tenant prêts à pincer tout ce qui pourrait donner. Nous avons, au niveau des utérines, tranché dans le tissu utérin lui-même, laissant en place une partie du col. L'hémorrhagie fut d'ailleurs minime, et la presque totalité des vaisseaux étaient déjà liés quand ils furent sectionnés. Nous faisons ainsi le tour complet du col et enlevons l'organe. Nous terminons en suturant ce qui reste de la portion vaginale de la déchirure. Nous ne refermons pas notre péritoine pelvien que nous avons bien des raisons de croire infecté, et nous préférons le laver à l'eau bouillie salée et le drainer ensuite au moyen d'un tampon de gaze stérilisée que nous faisons ressortir par le vagin. Puis le ventre est refermé. L'opération avait duré en tout une heure un quart. La femme se trouvant alors dans un état satisfaisant, nous ne croyons pas utile de faire une injection de sérum artificiel.

Les suites de notre intervention ont été extrêmement simples. Je revis notre opérée le lendemain et le surlendemain. Le premier jour, vomissements, probablement chloroformiques, ventre peu ballonné, nullement sensible à la pression. Température à l'aisselle, 37°5 ; pouls, 140 ; respiration, 52 ; urines, 1 litre environ, non albumineuses.

Le deuxième jour les vomissements ont cessé, le ventre est toujours indolore. Température, 37°2 ; pouls, 102 ; respiration, 38 ; urines, 1 litre 1/2. Je retire le tampon, non sans quelques difficultés, et le remplace par un tampon vaginal. Le 3^e jour je ne vois pas la femme, mais on me rapporte qu'elle a été spontanément à la selle et que son état reste excellent. Le premier pansement est levé le 4 septembre, et les fils retirés le 7 septembre. Lavage vaginal à l'eau bouillie, le seul qui ait été pratiqué. La guérison suit son cours normal et est aujourd'hui complète. La femme a été munie d'une ceinture abdominale.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Présentation de l'épaule négligée. — Tentatives de version par manœuvres internes faites en ville. — Rupture de l'utérus. — Embryotomie cervicale pratiquée par M. le Dr Lepage. — Femme amenée mourante à la Maternité de Beaujon. — Hystérectomie abdominale totale. — MORT. — Par MM. les D^{rs} RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE.

(Observation résumée d'après les notes qui nous ont été communiquées par les auteurs. Les détails manquent sur la technique opératoire suivie.)

Le 12 novembre 1898, vers 9 heures du soir, M. le Dr Lepage est appelé, par son confrère le Dr B..., auprès d'une femme en travail depuis plus de 24 heures, chez laquelle on avait vainement tenté la version par manœuvres internes. La parturiente était assistée par une sage-femme, qui, constatant l'issue d'une main hors des organes génitaux, avait envoyé chercher le Dr B... pour terminer l'accouchement.

A l'arrivée de M. Lepage : la malade vient d'être agitée par un frisson violent ; la face est vultueuse ; le corps est couvert de sueurs profuses ; le pouls est fréquent et petit ; la température est de 40°2 ; les contractions utérines du travail ont cessé ; le palper est douloureux, surtout au niveau de la région latérale gauche de l'utérus, une main violacée et une anse du cordon, dépourvu de battements, font saillie à la vulve ; l'évolution spontanée est en partie accomplie.

M. Lepage pense immédiatement à l'existence possible d'une rupture de l'utérus. Il pratique, sous chloroforme, l'embryotomie cervicale avec les ciseaux de Dubois. Le fœtus extrait, il s'écoule de la cavité utérine une quantité considérable de liquide fétide, couleur purée de pois. Avant de faire toute irrigation utérine, M. Lepage pratique le toucher manuel intra-utérin qui lui permet de constater l'existence d'une déchirure assez étendue du segment inférieur gauche de l'utérus. Il retire le placenta, puis, il tamponne, avec de la gaze stérilisée, la cavité vagino-utérine, dans le but de mettre un terme au suintement sanguin qui persiste. Cette précaution prise, M. Lepage conseille le transport immédiat de la malade à la Maternité de Beaujon. Il est exactement 10 heures et demie du soir.

Une erreur, survenue dans le service des ambulances, fait que la

femme n'arrive à Beaujon qu'à 3 heures du matin. Depuis 4 heures et demie, M. le Dr Ribemont-Dessaignes et ses aides, MM. les Drs Lepage et Rudaux se tiennent prêts pour l'intervention que nécessite la rupture de l'utérus.

La malade est amenée dans un état lamentable : elle respire à peine ; ses extrémités sont froides, son pouls incomptable, sa cornée presque insensible. M. Ribemont-Dessaignes déclare aux personnes qui l'accompagnent, qu'il est matériellement impossible de tenter, momentanément, une intervention. Peu après, sous l'influence des soins qui lui sont donnés (boules chaudes, grogs, injection intra-veineuse de sérum artificiel), la malade se ranime. C'est alors seulement et sur les instances de la famille que M. Ribemont-Dessaignes se décide à intervenir.

L'état de la femme est tel, qu'on renonce à donner le chloroforme. Après ouverture de la cavité abdominale, on trouve une déchirure étendue, sous-séreuse, de la partie latérale gauche de l'utérus. Il existe un épanchement sanguin qui a décollé le péritoine sur une large étendue....

Hystérectomie abdominale totale. — Mort de la femme pendant qu'on suture la paroi abdominale.

OBSERVATION XIV.

Bassin vicié. — Rupture utérine. — Hystérectomie abdominale totale. — MORT. — Par M. le professeur A. Pinard.

(Cette observation est tirée du « *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque* », année 1898, page 107.)

A. C...., multipare, 40 ans, entre à l'hôpital le 15 janvier, à minuit. Six accouchements antérieurs : le premier a été terminé à l'aide du forceps ; les autres ont été normaux.

Grassesse actuelle. — D. R. 28 avril.



Les premières douleurs apparaissent le 14 janvier à minuit ; le 15 à midi elles sont fréquentes ; à 6 h. 30 du soir elles cessent brusquement, la malade étouffe ; expulsion spontanée du placenta. A 10 heures du soir, un médecin envoie la femme à la clinique, où elle arrive à minuit dans un état très grave : extrême oppression, pouls petit, irrégulier, filiforme, presque incomptable. Douleur vive au niveau du creux épigastrique. Mlle Roze est prévenue. Au palper on trouve au niveau de l'ombilic une tumeur dure, volumineuse qui paraît être la tête. A gauche, autre masse, qui est l'utérus. Au toucher, Mlle Roze suit le cordon très haut, elle n'atteint aucune partie fœtale ; écoulement de sang noir, sirupeux. M. Baudron porte le diagnostic de rupture utérine

et passage du fœtus dans la cavité abdominale, car en touchant on trouve à travers la déchirure de l'utérus une anse intestinale qui fait hernie.

M. Pinard est prévenu et fait tout préparer pour une laparotomie. A 2 h. 45 du matin, extraction d'un garçon de 3.000 grammes. *Hystérectomie abdominale totale*. La déchirure siège au niveau du segment inférieur en avant et à gauche, empiétant sur le ligament large gauche. Pansement compressif à la gaze iodoformée. Injection de 1.500 grammes de sérum artificiel, injection d'éther, linges chauds. Le pouls est mieux frappé, mais rapide ; vomissements noirâtres. T. 37°7. La malade reprend connaissance ; cathétérisme, urine normale ; 1.000 grammes sérum salé dans l'après-midi ; le soir, 500 grammes. Le 17 matin, 600 grammes ; lavement de vin. Délire, injection de morphine. Morte le 17 janvier à 4 h. 30 du soir.

OBSERVATION XV.

Tentatives de version suivies de rupture inférieure de l'utérus avec éclatement de la paroi postéro-latérale gauche du vagin et du ligament large correspondant. — Embryotomie. — Hystérectomie abdominale totale. — MORT au 9^e jour. — Par MM. H. BARNSBY et R. MERCIER (de Tours).

(Cette observation est tirée du « *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris* », n° 8, séance du 21 décembre 1899, p. 382.)

La femme D..., 31 ans, domestique, entre le 21 août 1899 à la Maternité de Tours (observ. n° 114) pour une présentation de l'épaule, après avoir subi en ville des tentatives infructueuses de version.

La femme a toute sa connaissance et elle peut nous donner les renseignements qui suivent :

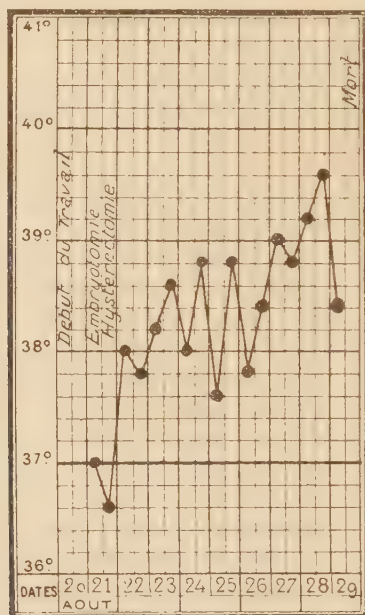
Aînée de 5 enfants tous vivants, bien portants et bien conformés, elle a marché un peu tardivement et n'a été réglée qu'à 20 ans. En 1896, elle est accouchée spontanément à terme d'un enfant du sexe masculin mort-né. En 1898, elle est accouchée pour la seconde fois spontanément à terme d'un enfant de sexe masculin, également mort-né.

La grossesse actuelle, commencée après les règles du 20 au 25 janvier 1899, n'a offert aucune complication, en dehors de vomissements alimentaires et bilieux pendant les trois premiers mois. Etant enceinte d'environ 7 mois, la malade est réveillée le 20 août par une abondante hémorrhagie, et aussitôt le travail commence. Un médecin est appelé le jour même à 10 heures du soir, et, en présence d'une présentation de l'épaule avec procidence du bras gauche et du cordon, fait des tentatives infructueuses pour effectuer la version. Un second médecin, appelé le 21 août à 6 heures du matin, tente vainement de pratiquer la version, et la malade est transportée à la Maternité de Tours où elle entre à 9 heures du matin.

L'un de nous appelé aussitôt constate que l'enfant qui a succombé se présente en A. I. D, dos en avant. La malade a, dès son arrivée, un vomissement verdâtre ; l'état général paraît grave, la température ne dépasse pas 37° ; mais le pouls présente 96 pulsations. Le palper abdominal, rendu difficile par les douleurs qu'il réveille, fait sentir au-dessus de la tête fœtale, qui occupe la fosse iliaque droite, une masse

ovoïde dure, régulière, contractée, constituée par l'utérus. *Ce premier signe de rupture inférieure de l'utérus est d'ailleurs corroboré par le toucher vaginal.*

La main suivant le plan ventral du fœtus, recueille en effet des anses intestinales et pénètre dans la cavité péritonéale. Le fœtus a quitté l'utérus et ses pieds reposent sur le ligament large gauche déchiré en totalité.



La femme étant anesthésiée, l'embryotomie rachidienne, pratiquée avec l'instrument de Tarnier, permet d'extraire d'abord le tronc du fœtus sans la moindre difficulté, puis la tête, par la manœuvre de Mauriceau. La main, réintroduite à nouveau dans le vagin, sent le placenta inséré anormalement sur la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus : elle le décolle facilement et l'enlève avec toutes les membranes. Une irrigation vaginale à l'eau bouillie et un tamponnement à la gaze stérilisée terminent cette première phase de l'intervention.

En dépit de deux injections sous-cutanées de sérum artificiel de 500 grammes chacune, la température tombe à 36°6, tandis que le pouls s'élève à 100. *On décide alors de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale* et la malade est transportée dans le service de clinique chirurgicale.

Au moment où cette intervention radicale est commencée (5 heures du soir) la situation paraît des plus précaires et le poulx est filiforme.

L'opération, pratiquée sous le chloroforme, est rapidement conduite, et la large incision du péritoine donne issue à d'abondants caillots sanguins, à de la matière sébacée et à du méconium.

L'examen méthodique de la lésion, sur l'organe en place, permet de constater une rupture inférieure de l'utérus avec éclatement de la partie postéro-latérale gauche du vagin et du ligament large correspondant. Les vaisseaux béants sont le siège d'une abondante hémorrhagie.

Après l'hémostase latérale préventive de l'étagé supérieur des deux ligaments larges, nous exécutons la taille préventive d'un lambeau péritonéal antérieur afin de décoller et repousser la vessie. La section du ligament large droit est ensuite pratiquée sur des clamps et l'extrémité inférieure du pôle utérin dégagée. Après l'ouverture du vagin et la désinsertion des culs-de-sac antérieur et postérieur, la section du ligament large gauche sur des pinces termine l'intervention.

On effectue la ligature rapide des tissus pris dans les clamps, mais les ligaments larges ne sont pas suturés. Le vagin n'est pas fermé et une grosse mèche de gaze iodoformée forme un drainage abdomino-vaginal, tandis qu'un autre drainage abdominal est laissé à la partie moyenne de la plaie ventrale.

Pendant toute la durée de l'opération, un litre environ de sérum artificiel est injecté sous la peau.

Le soir même de l'opération, une légère hémorrhagie se produit, mais un tamponnement vaginal avec des mèches imbibées de sérum gélatiné suffit à l'arrêter.

Le second jour, pas le moindre suintement ; le ventre est souple, la température et le poulx sont bons.

Le 3^e jour, la malade rend des gaz et le ventre reste souple.

Le 4^e jour, la mèche abdominale est changée.

Le 5^e jour, selle spontanée assez abondante.

Le 6^e jour, le poulx s'accélère (Poulx, 120), le ventre est légèrement ballonné, mais pas de vomissement.

Les accidents s'accroissent dans les jours qui suivent et la malade succombe le 9^e jour.

Notre observation vient à l'appui de la thèse ici même soutenue récemment par MM. Bar et Budin (1) sur l'im-

(1) P. BAR, Un cas de rupture incomplète de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1899, II, 290.

portance du *diagnostic exact du degré de la déchirure utérine*.

La saisie d'anses intestinales maternelles sur la face ventrale du fœtus a suffi, en effet, à établir que nous nous trouvions en présence d'une *déchirure complète, c'est-à-dire d'un cas non justiciable du traitement conservateur, du tamponnement*.

Nous avons eu alors résolument recours au traitement radical, à l'hystérectomie abdominale totale.

Depuis que cette opération a été tentée pour la première fois dans la période puerpérale par Pryor (de New-York) en 1895 (1), sa supériorité n'a pu recevoir la consécration du temps. *Elle n'en est pas moins à l'heure actuelle l'unique intervention rationnelle*, puisqu'elle seule permet de remédier, avec quelques chances de succès, aux larges déchirures propagées vers les organes voisins et notamment vers les ligaments larges.

(1) Nous ferons observer à MM. Barnsby et Mercier que la première hystérectomie abdominale totale pratiquée pour rupture utérine survenue en cours de grossesse date de 1890, ainsi que le prouve un article paru dans le « *Monat. für Geb. und Gyn.* », année 1896, t. IV, p. 608. Voir à ce sujet, dans la seconde partie de notre travail, le chapitre VI qui traite de l'hystérectomie abdominale totale dans les ruptures de l'utérus.

OBSERVATION XVI.

Présentation de l'épaule. — Déchirures utérine et vésicale. — Version. — Laparotomie. — Hystérectomie abdominale totale. — Sutures et drainage de la vessie. — MORT le 25^e jour à la suite de la formation d'une fistule stercorale, alors que la guérison paraissait presque assurée. — Par M. FOURNIER (d'Amiens).
(Cette observation est tirée du « *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris* », n° 8, séance du 21 décembre 1899, page 386.)

Une primipare de 23 ans, arrivée au terme de sa grossesse et en travail depuis 3 jours, est apportée dans mon service d'accouchement le 21 juillet dernier, après avoir accompli un trajet de 5 heures en voiture. Les organes génitaux sont très malpropres et recouverts de poussière, de paille, de sang, etc. Un bras pend à la vulve : il est tuméfié, violacé, couvert de phlytènes de mauvaise odeur, en voie de putréfaction ainsi que le cordon qui pend au-dessous de lui : il s'agit d'une présentation de l'épaule droite, dos en arrière, négligée pendant plusieurs jours par une matrone ignorante. Sur l'avis d'un médecin, la malade m'a été amenée dans cet état.

L'état général est mauvais : Température 38°, pouls 160, douleur au niveau de la fosse iliaque gauche ; collapsus. L'épaule droite du fœtus putréfié étant fort engagée, je crains de ne pouvoir faire la version. Cependant, après désinfection très longue de la femme, j'introduis la main droite le long du côté droit du fœtus, lentement, doucement, jusqu'au col dont la commissure gauche est déchirée. Au-dessus de cette déchirure ma main pénètre sans efforts dans une poche où elle tient tout entière et à travers la paroi de cette poche, comme à travers une toile, je perçois les anses intestinales : il est donc probable que la déchirure utérine n'intéresse pas le péritoine et que c'est à travers la séreuse que mes doigts perçoivent l'intestin. L'extraction de l'enfant par version podalique est facile et terminée de suite.

Le diagnostic de rupture utérine est confirmé par un saignement continu, persistant malgré l'extraction du placenta et le durcissement de l'utérus qui se rétracte sur lui-même. Le pouls étant défaillant, je décide de continuer l'anesthésie commencée et pratique la laparotomie à la recherche de la rupture.

Alors je constate de l'urine dans la cavité pelvienne, ce qui prouve

que la vessie est rompue. D'ailleurs la poche où j'avais introduit la main est en avant et à gauche de l'utérus et n'est autre que la vessie communiquant largement avec la cavité utérine au moyen d'une solution de continuité qui intéresse à la fois le bord gauche de l'utérus et la paroi vésicale postérieure. La déchirure utérine, partant de la commissure gauche du col, remonte jusqu'au milieu du bord gauche et un peu sur la face antérieure de cet organe ; la paroi vésicale postérieure manque et est très déchiquetée, sous forme d'eschares, dues évidemment à une compression prolongée du fœtus. Ne pouvant suturer la vessie à une semblable profondeur, je fais renverser la malade dans la position habituelle de Trendelenburg pour voir mieux et *je pratique rapidement l'hystérectomie abdominale totale en liant les vaisseaux au catgut.*

Mon but est de diminuer, s'il se peut, l'intensité de l'infection par la suppression de l'utérus et surtout d'avoir quelque facilité pour suturer la vessie. Il m'est très difficile de trouver en arrière les lambeaux de cette vessie sphacélée pour les ramener au contact de la paroi vésicale antérieure plus ample ; je fais deux surjets au catgut l'un sur l'autre ; je passe une sonde en caoutchouc de part en part dans cette vessie reconstituée ; le bout supérieur de cette sonde sort au-dessus du pubis, à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale que je referme, comme d'habitude sur trois plans ; le bout inférieur sort en bas par l'urèthre ; la sonde a été munie au préalable d'orifices latéraux, comme un drain. Pendant ce temps, la malade, dont le poulx avait complètement disparu, reçoit une injection de sérum de 1/2 litre. Son poulx revient et, contrairement à notre attente, elle se remet dans la journée.

Pendant 15 jours, malgré une température de 38 à 39°, malgré un peu de congestion pulmonaire, malgré l'élimination d'un grand nombre d'eschares par le vagin, elle s'est maintenue et sa fistule hypogastrique était pansée chaque jour. *Vers le 15^e jour la guérison me paraissait presque assurée.* J'attribuai cette résistance au drainage vésical et vaginal et à une constitution primitivement robuste.

Mais le 16^e jour des matières fécales se montrèrent en haut de la plaie vésicale et il fallut bien reconnaître une fistule stercorale survenue par adhérences sans doute d'une anse intestinale à la vessie et à l'infection de cette anse de l'intestin. Qui pis est, cette fistule, ainsi que le prouvaient les matières rendues, occupait la partie supérieure de l'intestin grêle, sans doute le jejunum, et par conséquent allait être le signal d'un dépérissement rapide, puisque la nutrition serait désor-

mais insuffisante. L'amaigrissement survint en effet et la malade mourut le 25^e jour après l'intervention.

J'ai trouvé trois cas de ruptures simultanées de l'utérus et de la vessie à la suite d'accouchements, et ces trois cas ont été opérés : la mort est survenue presque immédiatement. *Dans le cas actuel, je puis dire que j'ai bien manqué guérir ma malade ; il suffisait pour cela qu'il ne survînt pas de fistule stercorale au 16^e jour. J'ai presque la conviction que cette fistule et par conséquent cette mort auraient été évitées, si j'avais pratiqué l'irrigation continue de la vessie par le trajet de la sonde pendant les 10 ou 15 jours suivant l'opération, parce que l'infection intestinale aurait sans doute été évitée de la sorte. Dans un cas semblable je n'hésiterais pas à y avoir recours.*

Il me semble que la récente observation de M. Bar et la mienne prouvent qu'on ne doit pas hésiter en de semblables circonstances à pratiquer la laparotomie, qui sera exploratrice ou curatrice suivant les occasions. *En face de déchirures intéressant à la fois la vessie et l'utérus, je conseillerai encore l'hystérectomie, la suture de la vessie, son drainage et j'ajouterai : l'irrigation continue.*

TABLEAU RÉTROSPECTIF GÉNÉRAL

Nous réunissons dans ce tableau que nous plaçons en tête de nos conclusions générales, les 271 cas de rupture utérine que nous avons recueillis et envisagés séparément dans les différents chapitres de notre thèse. Nous avons eu l'occasion de dire, et même de répéter, que les statistiques en général et les nôtres en particulier ne nous avaient pas offert des garanties suffisantes pour nous permettre de conclure d'après leurs données. Aussi, ne s'étonnera-t-on pas outre mesure si nos conclusions définitives ne sont pas en rapport avec les pourcentages de guérisons que nous donnons ci-après, en regard des modes de traitement correspondants.

271 cas de rupture utérine.

MODE DE TRAITEMENT		NOMBRE DE CAS	GUÉRISON	POURCENTAGE
<i>Traitements par voie vaginale.</i>	Expectation..	76	11	14.47
	Drainage	28	18	63.57
	Injections antiseptiques.	16	8	50
	Tamponnement.	20	10	50
	Suture par le vagin.	2	1	50
	Hystérectomie vaginale	6	3	50
<i>Traitements par voie sanglante abdominale (Laparotomie).</i>	Laparotomie sans suture	25	14	56
	Laparotomie avec suture	32	16	50
	Laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale..	3	0	0
	Laparotomie avec hystérectomie partielle (Porro)	44 (1)	18	40.99
	Laparotomie avec hystérectomie totale.	16	6	37.50
Procédé de Krajewski.		1	1	100
Traitement indéterminé.. . . .		2	0	0

(1) En réalité, l'opération de Porro a été faite 48 fois pour rupture utérine (voir notre tableau p. 95). Mais ici, ayant un pourcentage à établir, nous sommes obligé de faire abstraction des 4 « Porros » au sujet desquels nous sommes dépourvu de tout renseignement.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous voici arrivé au terme de notre ouvrage. Si nous nous avisons, à l'heure, de jeter un regard rétrospectif sur le chemin parcouru, nous sommes étonné, nous-même, de la multiplicité des méthodes qui ont été utilisées pour le traitement des ruptures utérines. Nous les avons toutes examinées ; mais, de même que nous avons à peine effleuré, en passant, l'étude de celles, plus ou moins anciennes, qui ont déjà été décrites, de même nous avons pris soin d'insister tout particulièrement sur la description et l'appréciation des méthodes nouvelles dont quelques-unes sont à peine ou point du tout mentionnées dans les thèses précédentes. Ce qui ne veut pas dire que ces derniers procédés de traitement soient précisément les meilleurs, mais, outre qu'ils présentent pour nous l'attrait, toujours captivant, de la nouveauté, nous sommes persuadé qu'ils ont leurs indications précises dans des cas nombreux de rupture de l'utérus.

Dans nos conclusions générales, nous allons donner une rapide vue d'ensemble de notre travail. Ce sera une façon de relier, entre eux, tous les différents modes de traitement, quelque peu disparates, que nous avons examinés et dont l'étude, par chapitres, imprime à notre thèse l'apparence d'un ouvrage qui manque d'unité. Ce sera une façon aussi d'amener, en temps et lieu, nos conclusions définitives qui, nous ne saurions trop insister sur ce point,

ne peuvent avoir la prétention d'être *absolument immuables*, attendu qu'elles s'appliquent à l'étude d'un accident dont le traitement est en grande partie soumis aux circonstances particulières qui accompagnent chaque cas. Ici, comme dans le corps même de notre thèse, *nous négligerons d'aborder le traitement prophylactique et le traitement général des ruptures*, parce que ce sont là deux questions résolues sur lesquelles la majorité des auteurs est aujourd'hui d'accord. *Nos conclusions ne porteront donc que sur le traitement immédiat*, c'est-à-dire sur le meilleur mode d'extraction du fœtus après la rupture, *et sur le traitement consécutif*, c'est-à-dire sur le traitement de la lésion utérine proprement dite, sur la meilleure conduite à tenir pour guérir la mère victime de l'accident qui nous occupe.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur les difficultés de la tâche que nous allons aborder : il est fort ardu de tirer au clair une question aussi complexe que celle du meilleur traitement des ruptures utérines, question qui a déjà été résolue dans les sens les plus divers par des auteurs également compétents. Aussi, nous n'espérons apporter ici qu'un modeste avis, de peu de poids par lui-même, mais qui a le mérite d'être le résultat d'un travail consciencieux et long. Nous nous estimerions trop heureux si notre effort trouvait sa récompense dans l'apport d'un éclaircissement, si vague soit-il, à cette étude intéressante, mais confuse encore, qui vient de réclamer partie de notre travail et de notre temps.

Avant la connaissance des lois de l'antisepsie et de l'asepsie, le traitement des ruptures de l'utérus était uniquement expectatif. On prescrivait l'opium et la glace et, si la malade ne succombait pas à l'hémorrhagie, on essayait de la sauver par le traitement habituel de la péritonite. Lorsque l'enfant était passé dans la cavité péritonéale on faisait parfois la laparotomie ; nous l'avons trouvée aussi mentionnée dans quelques cas pour aller à la recherche de la tête séparée du tronc au moment de l'accouchement. Ces opérations, pratiquées le plus souvent chez des femmes déjà infectées et toujours après d'autres interventions obstétricales, comme application de forceps, version, céphalotripsie, etc., se terminaient généralement par la mort.

Les beaux résultats opératoires obtenus grâce à l'antisepsie encouragèrent les accoucheurs à faire quelque chose de plus. Les deux procédés suivants semblèrent les plus logiques : le drainage de la plaie utérine par le vagin et la suture de l'utérus après la laparotomie. Plus tard vinrent : d'une part, tous les autres procédés de traitement par voie vaginale que nous avons étudiés (injections antiseptiques, tamponnement, sutures par le vagin, hystérectomie vaginale totale) ; d'autre part, toutes les autres méthodes de thérapeutique opératoire auxquelles la laparotomie avait servi d'introduction (laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale, opération de Porro, hystérectomie abdominale totale, opération de Krajewski). Nous avons essayé de nous renseigner au moyen de données statistiques sur la valeur relative de ces multiples procédés. C'est dans ce but que nous avons réuni de très nombreux cas (1), mais nous avons dû renoncer à

(1) Nous avons réuni en tout 274 cas de rupture utérine que nous avons classés dans le tableau qui précède nos conclusions générales, p. 164.

tirer de leur étude des conclusions solides, car les détails les plus importants (existence de la fièvre ou indication du moment de la rupture) faisant défaut, les différentes observations ne pouvaient être comparées entre elles ni fournir les documents d'un travail d'ensemble. Cependant, s'il est vrai que l'examen des cas recueillis par nous n'a que peu contribué à nous faire accepter les conclusions que nous allons émettre, du moins a-t-il eu l'utilité de nous démontrer que les cas afébriles, c'est-à-dire les cas aseptiques, donnent un excellent résultat, quelquefois même sans aucun traitement, tandis que ceux dans lesquels il existe de la fièvre avant la rupture se terminent trop souvent par la mort, quel que soit le traitement employé.

I. TRAITEMENT IMMÉDIAT. — 1^o *Quelle conduite devons-nous tenir quand la rupture est manifeste et que l'enfant est passé dans la cavité péritonéale ?*

Nous pensons qu'il est bon de procéder de suite et sans hésitation à la laparotomie, à moins que la mort de la mère ne soit imminente ; même au cas où il existerait une forte élévation de température et des symptômes de péritonite, il faut opérer quoique le pronostic soit grave et que nous n'ayons que peu de chances de sauver la vie de notre malade. On devra aussi intervenir lorsqu'une partie seulement du corps fœtal se sera introduite dans la cavité péritonéale ; mais, si nous pouvons en juger par l'expérience théorique que nous confère l'étude de toutes les observations que nous avons recueillies, nous croyons que ces cas sont rares.

2^o *Quelle conduite devons-nous tenir quand l'enfant est resté en entier dans l'utérus ? Deux cas peuvent se présenter : la rupture est ou n'est pas complète.*

a) *Si elle l'est*, étant donné que nous sommes d'avis que la laparotomie est formellement indiquée dans tous les cas de rupture complète (que l'enfant soit ou non passé dans le ventre), nous pensons qu'il faut pratiquer immédiatement l'incision abdominale qui servira au double traitement immédiat et consécutif. La seule restriction à faire sur ce point est la suivante : on ne sera réellement autorisé à écarter de partis pris la laparotomie, pour le traitement immédiat des ruptures complètes, que dans les cas, très rares d'ailleurs, où le fœtus apparaissant à la vulve se montrera d'une extraction facile pour l'accoucheur et sans danger pour la mère. Encore, dans ces cas, sera-t-on obligé le plus souvent de recourir à la laparotomie ultérieurement, c'est-à-dire après la terminaison de l'accouchement par le vagin.

b) *Si la rupture est incomplète* (1), nous nous rangeons sans hésiter du côté de l'opinion générale : nous pensons que l'ouverture du ventre n'est plus suffisamment justifiée, que le mieux alors est d'extraire le produit de conception par le vagin et de traiter ensuite la lésion de la matrice par la même voie.

Le plus souvent *l'enfant aura succombé* à la longue durée de l'accouchement, à l'écoulement des eaux, à l'état tétanique de l'utérus, à la procidence du cordon, etc. ; on n'aura alors qu'à tenir compte de l'état de la mère : on procédera de suite à la basiotripsie ou à l'embryotomie suivant la présentation.

(1) Par ruptures incomplètes, nous entendons les ruptures incomplètes internes sous-péritonéales où la tunique musculaire seule est déchirée. Les ruptures incomplètes externes dans lesquelles le péritoine est seul atteint sont extrêmement rares ; nous n'en avons pas trouvé une seule observation au cours des recherches que nous avons faites ; leur existence n'en est pas moins affirmée par un cas authentique rapporté par le Dr Guéniot.

Quelques rares fois *l'enfant sera encore vivant*, et on pourra tenter prudemment son extraction par le forceps s'il s'agit d'une présentation céphalique. Mais, nous ne saurions trop engager à se méfier de la version, toujours dangereuse ; si par exemple, dans un cas de présentation du siège avec enfant vivant dans un utérus incomplètement rupturé, on se résolvait à y avoir recours, nous recommandons avec instance de ne la pratiquer que sous forme de tentatives modérées, avec toute la prudence comportée par la situation.

II. TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — Après l'extraction de l'enfant et du placenta, il s'agit de s'occuper de la déchirure de l'utérus et des suites de couches. Nous sommes en présence de deux dangers : *l'hémorrhagie et l'infection*.

En ce qui concerne le premier, nous devons dire que les seules interventions qui puissent arrêter d'une manière définitive l'hémorrhagie provenant de la déchirure sont la suture quelquefois et l'hystérectomie toujours. Le tamponnement et la compression du ventre par un pansement ou un bandage, ou bien les deux méthodes combinées, ne suffisent pas à produire avec certitude l'hémostase désirée. C'est que la source de l'hémorrhagie ne siège pas tant dans l'utérus que dans le tissu pelvien, en dehors de l'utérus, c'est-à-dire dans le paramétrium. En effet, après la laparotomie et l'évacuation des caillots contenus dans la cavité pelvienne, on constate souvent que le péritoine n'est que fort peu intéressé par la déchirure qui occupe toute l'épaisseur du ligament large. Le tamponnement est insuffisant et n'est pas capable d'arrêter une hémorrhagie aussi importante ; il en est de même des sutures faites par le vagin. Aussi envisageons-nous ces procédés comme des expédients qui peuvent parfois conduire au but désiré,

mais qui ne sauraient être recommandés comme moyens de traitement dans tous les cas. Le tamponnement présente en outre un danger, celui de déchirer le péritoine dans les cas de rupture non perforante. Nous avons recueilli un cas de ce genre.

En ce qui concerne le second, nous serons plus catégorique encore en affirmant que toute infection de matrice rompue, même commençante, est une indication absolue en faveur de la castration partielle ou totale, abdominale ou vaginale.

Tout ce développement pour que l'on sache bien que, dans toute rupture utérine, l'hémorrhagie et l'infection doivent toujours être considérées par les gynécologues comme les *deux grands mobiles déterminants de toute intervention sanglante*. Or nous ferons observer que cette hémorrhagie et cette infection que nous mettons en cause, susceptibles de compliquer tous les cas, sans exception, de rupture utérine, se produisent néanmoins beaucoup plus souvent dans les cas de rupture complète que dans les cas de rupture incomplète. C'est une des raisons pour lesquelles on admet généralement que les ruptures complètes sont presque toujours justiciables de la laparotomie, tandis que les ruptures incomplètes ne la revendiquent qu'exceptionnellement. Nous pensons, pour notre compte, qu'il faut généraliser le premier terme de la proposition qui précède, et dire que *toutes les ruptures complètes réclament l'incision abdominale*. C'est sur ces données que vont reposer nos conclusions relatives au traitement consécutif.

1° *Dans les cas de rupture incomplète* (1) (à moins d'hémorrhagie abondante ou d'infection utérine, toutes deux

(1) Nous avons déjà dit (p. 169, note) ce que nous entendions par rupture incomplète.

rares mais toujours possibles), c'est au traitement de la lésion par les voies vaginales qu'on devra accorder sa préférence. On n'aura pas seulement recours à une méthode de traitement, il sera bon d'en combiner plusieurs : l'utérus étant jugé non infecté, car nous avons dit que toute infection de cet organe était une indication formelle en faveur de la laparotomie, on se contentera, après avoir pratiqué l'accouchement conformément aux conseils que nous avons donnés plus haut, d'irriguer la vulve et le vagin avec des solutions antiseptiques. Puis, on tamponnera l'utérus avec de la gaze ou de la mèche iodoformée et on appliquera sur le ventre un bandage de flanelle compressif et solide ; le tronc sera maintenu dans une position élevée ; on instituera le traitement général des ruptures (stimulants : éther, alcool, etc., contre le collapsus ; préparations toniques et boissons réconfortantes ; opiacés pour immobiliser l'intestin : glace, quinine, etc.).

2° *Toutes les fois que le diagnostic de rupture complète est dûment établi* (et *a fortiori* quand la rupture complète se complique d'hémorrhagie ou d'infection), il faut faire la laparotomie. Le ventre ouvert, extraire le fœtus et le placenta si l'occasion de le faire par la voie vaginale ne s'est déjà présentée, réaliser une toilette soigneuse de la cavité péritonéale, suturer l'utérus quand l'état de la plaie utérine le permet, et, s'il existe des myomes ou de trop vastes délabrements, si l'endométrium est déjà infecté, si l'on craint que la suture ne soit pas suffisante pour déterminer l'hémostase absolue de la plaie utérine, aller jusqu'au bout des indications, c'est-à-dire supprimer l'organe délabré ou infecté, myomateux ou pas, faire l'hystérectomie.

Mais ce n'est pas tout ; quand l'hystérectomie paraîtra

indiquée, laquelle pratiquera-t-on de préférence : *la totale ou la partielle* ?

La totale sera le procédé de nécessité dans les cas d'utérus rupturé avec fibromes à large implantation, à pédicule très gros et très court ; elle s'imposera aussi, d'une part toutes les fois que l'infection s'étendra à la totalité ou à la presque totalité de l'organe gestateur, d'autre part toutes les fois que les délabrements atteindront le col utérin, rendant impossible ainsi la confection d'un moignon sain.

Chacun, obéissant à ses tendances personnelles, *aura le droit d'opter pour la totale ou pour la partielle*, toutes les fois que l'infection se trouvera localisée sur le pourtour d'une déchirure de mauvais aspect, à bords contus, déchiquetés, sphacelés, mais haut-située sur l'utérus, assez loin de ce segment inférieur aux dépens duquel se constitue le moignon de l'opération de Porro. Nous avons déjà dit, dans le chapitre VI de la deuxième partie de notre thèse, pour quelles raisons, nous personnellement, nous préférierions avoir recours à l'hystérectomie abdominale totale qu'à l'opération de Porro. Nous ne reviendrons pas ici sur la théorie de nos préférences, nous nous bornerons à rappeler que nous sommes arrivé à la conclusion suivante d'Aug.Reverdin : « *Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus, est au moins inutile, souvent nuisible.* » Quant aux opérateurs qui, dans un cas analogue à ceux que nous venons de définir en dernier lieu, préféreraient l'amputation supra-vaginale à l'ablation totale de l'utérus, ils auront recours plus particulièrement à la méthode extra-péritonéale.

Que dire enfin du *traitement des ruptures utérines par l'hystérectomie vaginale* ? Nous nous sommes déjà prononcé

nettement sur cette question (1) : nous ne pouvons que répéter maintenant, dans nos conclusions générales, que la castration par les voies naturelles déjà fort peu pratiquée, jusqu'ici, pour le genre d'accident qui nous intéresse (elle l'a été 6 fois, en tout), sera encore de moins en moins utilisée, à l'avenir, et finira par disparaître complètement de la liste des traitements rationnels susceptibles d'être mis en usage pour un cas de rupture de l'utérus. Sans doute, en des mains habiles, l'hystérectomie vaginale a pu donner quelques bons résultats (notre statistique porte sur 6 malades dont 3 ont guéri), mais le cas rapporté par Solowig (2) est bien fait pour faire perdre toutes les illusions que d'aucuns commençaient à fonder sur cette nouvelle thérapeutique opératoire. *Nous pensons, en somme, que d'une part* les ruptures incomplètes, relativement bénignes d'ordinaire, ne justifient en aucune sorte une opération aussi grave, *et que d'autre part*, les ruptures complètes réclament avant tout un examen direct, une analyse *de visu* de la lésion qui, nécessitant l'opération préalable de la laparotomie, exclut par suite l'ablation de l'utérus par le vagin.

Nos conclusions pourront peut-être paraître un peu longues, mais la question du traitement des ruptures utérines est si vaste et si complexe qu'il ne nous était guère possible d'exposer clairement nos vues en moins de mots. Maintenant, pour mieux mettre ces conclusions en relief, nous allons les exposer très succinctement dans un tableau qui sera le résumé fidèle du texte qui précède. Mais auparavant, nous tenons à poser en principe que le problème

(1-2) Voir l'hystérectomie vaginale dans les ruptures utérines, première partie, chap. VII.

que nous avons tenté de résoudre ne peut recevoir une solution immuable, et qu'à vrai dire il ne peut exister un traitement unique des ruptures de l'utérus, toujours identique à lui-même. Que les conditions spéciales qui caractérisent chaque cas sont très variables, au point qu'aujourd'hui, après de nombreuses lectures, nous pensons que, d'une manière générale, *en présence d'un cas de rupture utérine, comme les statistiques diverses donnent des renseignements, des indications fort divergentes, le plus sûr est de s'appliquer à bien apprécier le cas que l'on a à traiter, à tenir soigneusement compte de ses particularités essentielles pour déduire de cette appréciation la meilleure direction thérapeutique à lui donner..*

Nous tenions essentiellement à faire ces restrictions avant de donner le tableau résumé de nos conclusions, pour qu'on sache bien que les meilleurs traitements que nous conseillons d'instituer dans les différents cas de rupture utérine susceptibles de se présenter, peuvent toujours se trouver modifiés par des circonstances particulières qu'on ne peut prévoir *a priori*. *C'est dire qu'il est des exceptions aux règles générales que nous formulons dans le tableau qui suit.*

RÉSUMÉ DE NOS CONCLUSIONS GÉNÉRALES (1)

I

Traitement immédiat.

1^o FŒTUS PASSÉ DANS L'ABDOMEN : *extraction par la laparotomie.*

2^o FŒTUS SITUÉ ENTRE LES LÈVRES DE LA DÉCHIRURE : *extraction par la laparotomie.*

3 ^o FŒTUS RESTÉ DANS L'UTÉRUS.	{	(a) <i>Si la rupture est complète : le plus souvent extraction par la laparotomie.</i>	{	(a') <i>enfant mort : basiotripsie ou embryotomie.</i>
		(b) <i>Si la rupture est incomplète : extraction par le vagin.</i>		(b') <i>enfant vivant : tenter doucement l'extraction par le forceps dans les cas de présentation céphalique — dans les autres cas, ne recourir qu'avec une extrême prudence à la version qui est une manœuvre toujours dangereuse quand l'utérus est rompu.</i>

II

Traitement consécutif.

1 ^o RUPTURE INCOMPLÈTE sans infection utérine ni hémorrhagie grave qui sont deux indications formelles en faveur de la laparotomie.	{	<i>Traitement par voie vaginale : désinfection de la vulve et du vagin avec des injections antiseptiques ; tamponnement de la cavité utérine avec des mèches iodoformées ; compression abdominale à l'aide d'un bandage compressif et solide ; traitement général.</i>
---	---	--

(1) Ce tableau est le résumé de nos conclusions générales. On y trouvera, dégagés, les divers points essentiels, développés dans le texte qui précède.

RUPTURE COMPLÈTE :
LAPAROTOMIE

avec
hystérec-
tomie.

Avec suture et toilette du péritoine : si l'utérus n'est pas myomateux ; s'il n'existe aucun foyer d'infection ni d'hémorrhagie rebelle ; si la rupture n'est ni trop contuse, ni trop déchiquetée, ni trop sphacélée pour s'opposer à une bonne réunion immédiate des bords.

Totale : si l'infection s'étend à la totalité ou à la presque totalité de l'utérus ; si la plaie descend trop bas pour permettre la formation d'un moignon sain ; si la matrice déchirée est le siège de fibromes à large implantation, à pédicule très gros et très court.

Totale ou partielle, mais de préférence totale : si le foyer d'infection ou d'hémorrhagie est localisé sur le corps utérin ; si la déchirure de mauvais aspect, à bords contus, déchiquetés, sphacelés, n'empiète pas sur le segment inférieur aux dépens duquel se constitue le moignon de l'opération de Porro.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abouladze.** — Rétention du fœtus dans un utérus rupturé. Laparotomie. Mort. *Annales de Gynécologie*, année 1899, t. LI, p. 73.
- Albers-Schoenberg.** — Ein Fall von Uterusruptur... (Rupture de l'utérus par ectopie congénitale du rein droit). *Cent. für Gyn.*, 1^{er} décembre 1894.
- Alessandrini.** — Proposta di operazione cæsarea, e di amputazione utero-ovarica nei casi di rottura spontanea o traumatica dell'utero durante il saprapparto, *Annali di medicina*, Milano, juin 1879, t. CCXLVII, p. 485. Et *Cent. für Gyn.*, année 1879, t. III, p. 426.
- Alexander.** — Rupture of the uterus, hysterectomy, recovery. *The Liverpool Med. Chir. Journ.*, année 1890, t. X, p. 364.
- Amiot.** — Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale. Thèse Paris, 1883.
- Andrews.** — Extirpation pour rupture de l'utérus. *The Lancet*, London, 23 avril 1887, p. 820.
- Aubenas.** — Observations de gastrotomie pratiquée à la suite de ruptures de la matrice et du vagin, suivies de réflexions sur ces ruptures en général et leurs indications en particulier. Thèse Strasbourg, 1855.
- Baer.** — Cas de rupture de l'utérus pendant le travail, *Am. Journ. of Obst.*, juin 1885, p. 585.
- Bar.** — Méthodes antiseptiques, 1883.
- Rupture de l'utérus. Laparotomie et opération de Porro. Thèse Bros-sard, Paris, 1890.
- Un cas de rupture incomplète de l'utérus après des tentatives de version et d'embryotomie; décollement du péritoine allant jusqu'au rein droit; laparotomie; tamponnement; guérison. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, année 1899, t. III, p. 290.
- Bar et Secheyron.** — Note sur un cas de rupture complète de l'utérus. *Progrès méd.*, année 1884, p. 1040. *Arch. de tocol.*, année 1884, t. XI, p. 720. *Ann. de gyn.*, 1884, t. XXI, p. 441.
- Barbier.** — Un cas de rupture utérine. *Lyon médical*, 1^{er} juillet 1888.
- Barnsby et Mercier.** — Tentatives de version suivies de rupture inférieure de l'utérus avec éclatement de la paroi postéro-latérale gauche du vagin et du ligament large correspondant. Embryotomie. Hystérec-

- tomie abdominale totale. Mort au 9^e jour. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, n° 8, séance du 21 décembre 1899, p. 382.
- Bastaki.** — Rupture de l'utérus. Procidence du grand épiploon. Guérison. *Arch. Roum. de méd. et de chir.*, n° 2, sept. 1887, p. 115. — HAYEM, *Revue des sc. méd.*, 1888, t. XXXII, p. 183.
- Batchelor.** — Rupture de la matrice. *Brit. med. Journ.*, 22 mars 1889.
- Batthey.** — Rupture of uterus in labor, laparotomy and supra-vaginal computation. *The Dixie Doctor*, Atlanta, 1890, t. I, p. 1.
- Battlehner.** — Rupture de l'utérus. *Cent. für Gynæk.*, 1883, p. 678. KRONER, *Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 24.
- Rupture de l'utérus et du vagin. Séance du 1^{er} Congrès tenu à Munich par la Soc. gyn. all. *Annales de gyn.*, 1886, t. XXXVI, p. 204. *Arch. für Gyn.*, 1886, t. XXVIII, p. 501.
- Baudron (Em.).** — *De l'hystérectomie vaginale*, Paris, 1895.
- Beal.** — Supra-vaginal hyst. with ligature of the cervix. A new method. *Amer. Journ. of Obst.*, 1892, t. XXVI, p. 489.
- Bergh.** — Cas de rupture complète de l'utérus. *Cent. für Gyn.*, 1883, t. VII, p. 583.
- Bieganski.** — Extirpation de l'utérus après rupturé utérine pendant le travail. *Gazeta lekarska*, Warszawa, 1893, p. 464.
- Blackwell.** — Cas de rupture de l'utérus. *The Lancet*, 1890.
- Bogdan.** — Considérations sur le traitement des ruptures utérines avec observations à l'appui. *Bull. Soc. de méd. et nat. de Jassy*, 1892-93, t. VI, p. 33.
- Boldt.** — The Porro-operation versus total hysterectomy. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1898, XXXVIII, 41-50.
- Bonnaire.** — Des ruptures vésico-utérines dans le travail et l'accouchement. *Arch. de tocol. et de gyn.*, mai et juin 1891, p. 391 et 401.
- Bossi.** — Ruptures de l'utérus pendant l'accouchement. A propos de 2 cas cliniques dont l'un avec pénétration du fœtus dans la cavité abdominale. Opération de Porro, avec réduction du pédicule et guérison. *N. Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1893, VIII, 303.
- Bouilly.** — Rupture vésico-utérine traitée par la laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale. Voir : article Bonnaire. *Arch. de tocol.*, mai et juin 1891, p. 391.
- Branham.** — A case of complete hysterectomy for rupture of the uterus and vagina during confinement. *Maryland med. Journ.*, Baltimore, 1897, XXVII, 332-335.
- Braun.** — Spontaneous rupture of uterus during pregnancy and extraction of fœtus by laparotomy 6 weeks later. *Wien. klin. Wochensch.*, 1889, II, 400. *Przegląd lekarski*, Krakow, 1898, XXVII, 528.
- Laparotomy for rupture of uterus. *Przegląd lekarski*, Krakow, 1890, XXIX, 193. Et, Zur Laparotomie bei Uterusrupturen. *Wien. klin. Wochensch.*, 1889, II, 960.

- Brossard.** — *Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus se produisant pendant le travail de l'accouchement.* Thèse Paris, 1890.
- Buchanam.** — Rupture de l'utérus. Guérison. *Brit. med. Journ.*, juillet 1885, p. 63.
- Butruille et Godefroy.** — Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois de la grossesse ; opération de Porro ; mort. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1897, XXVI, 267-270.
- Cadiz.** — *Contribution à l'étude du traitement de la rupture de l'utérus pendant et après le travail de l'accouchement.* Thèse Paris, 1883.
- Carstens.** — Technique of vaginal hysterectomy. *Ann. J. of Gyn. and Obst.*, 1892, XXVI, 918.
- A case of rupture of the body of the uterus during confinement ; cœliotomy ; death. *Ann. J. of Obst.*, N.-Y., 1898, p. 852.
- Charpentier.** — *Traité pratique des accouchements.* Paris, 1890, p. 418.
- Chénieux.** — Traitement intra-péritonéal du pédicule. *Association française. Congrès de Limoges*, XIX^e session. *Comptes rendus*, p. 611.
- Chevallier-Preston.** — Rupture de l'utérus, produite par ascite du fœtus. *The Lancet*, 1883, 7 juillet, p. 11, *Cent. f. Gyn.*, 1883, t. VII, p. 648.
- Cholmogoroff.** — Zur Behandlung der complete Uterusrupturen. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1895, XXXI, 89.
- Christowisch.** — Hystérectomie supra-vaginale. *Revue de Chir.*, octobre 1893.
- Chrobak.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. Voir : article de Léopold von Dittel. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Heft 3, S. 343.
- Rupture de l'utérus. Hystér. abd. tot. Mort immédiatement après l'opération. *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, 6^e Congress, S. 359. Et *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, Heft 3.
- Coe (H. C.).** — A successful case of laparotomy and supra vaginal amputation of the uterus for rupture. *The medical Record*, N.-Y., 1889, XXXVI, 478-480.
- Rupture of the uterus, with prolapse of the intestine ; total extirpation ; death from shock. *Ann. Journ. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 587-593.
- Rupture of the uterus. Hysterectomy. Death. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1892, XXV, 682-85.
- Cœliotomy (abdominal section) for rupture of the parturient uterus. *N. Y. M. J. S. I.*, année 1890-91, XVIII, p. 914-920.
- Cox.** — Rupture de l'utérus. *Brit. med. Journ.*, 1886, p. 721.
- Croom.** — Rupture de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 1880, p. 237.
- Cushing.** — The evolution in America of abdominal hysterectomy. *Ann. of Gyn. and Ped.*, Boston, juin 1895, p. 573.
- Cuzzi.** — Sur le lien élastique. *Stud. di obst. gynec.*, Milano, 1890. p. 126.
- Czempin.** — Déchirures du col de l'utérus, leurs suites et leurs traitements opératoires. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, Bd. XII, Heft 2.
- Czerny.** — Zur hyst. Vortag ad gyn. section des Badener Naturforscherversammlung.

- Delagénrière.** — *Chirurgie de l'utérus*. Paris, 1899.
- Denmann.** — *Essay on ruptur of the womb.*, p. 17.
- Deneux.** — *De la rupture de la matrice*. Thèse Paris, 1804.
- Deutsch.** — Geburtsverlauf bei einer vor 4 Jahren nach traumatischer Uterusruptur Laparotomirten. *Cent. f. Gyn.*, Leipzig, 1889, XIII, 235-237.
- Deweese.** — *On ruptur of the uterus. Essays on var. subjects connect with midwif.* Philad., 1823, p. 206.
- Dittel** (Léopold Von). — Zur Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Heft 3, S. 343.
- Dohrn.** — Un cas de rupture incomplète de l'utérus avec terminaison mortelle. *Arch. für Gyn.*, 1872, Bd III, S. 145.
— Ein Fall von geheilter Uterusruptur (Un cas de guérison de rupture de l'utérus). *Cent. für Gyn.*, 17 mars 1894.
- Dolériss.** — *Arch. de tocol.*, 1884, t. XI, p. 334. — *Ann. de gynéc.*, février 1884.
— Rupture de l'utérus. *Ann. de gynéc.*, 1886, t. XXV, p. 214.
— *Rupture de l'utérus. Opération de Porro. Mort.* Thèse Brossard, Paris, 1890.
- Donald.** — Intra-peritoneal hysterectomy. *Brit. med. Journ.*, 1896, p. 1184.
- Doorman.** — Traitement de la rupture de l'utérus. *Nederl. tijdschr. v. verlosk. en gynäkol.*, 5 Jarhg, Abt. I. Et *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 8, p. 199.
- Douglas.** — *Observ. on a extraord. case of rupture uterus*. London, 1785.
- Doyen.** — Procédé d'hystérectomie abdominale totale. *Congrès de gyn.*, Genève, 1896.
- Drag.** — Rupture de l'utérus. *Brit. Med. Journ.*, 16 janvier 1886.
- Dührssen.** — *Der vaginale kaiserschnitt (Nebst Bericht über eine erfolgreiche vaginale Exstirpation der rupturirten Uterus unmittelbar post-partum)*. Berlin, 1896, S. Karger. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, Heft 3.
- Engelmann.** — Deux cas de rupture de l'utérus, avec quelques considérations sur l'abus du seigle ergoté dans la pratique obstétricale. *Med. News*, Saturday, avril 1884.
- Erdéy.** — Rupture de l'utérus guérie par le tamponnement à la gaze iodoformée. *Am. Journ. of Obst.*, année 1899, t. XXXIX, p. 251. Et *Cent. f. Gyn.*, n° 41.
- Farr.** — Ruptur of parturient uterus. *Am. Journ. of Obst.*, 1883, p. 389.
- Favre.** — Ostéomalacie ; rupture de l'utérus ; la parotomie. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1886, IV, 626-628.
- Felsenreich.** — Beitrag. zur Therapie der Uterusruptur. *Arch. für Gyn.*, 1881, Bd XVII, Heft 3, S. 490.
- Fontana.** — Rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto ; taglio

- cæsareo complitato col' amputazione utero-ovarica e seguito de guarigione. *Ann. di ostetr. e gin.*, mars 1888.
- Fornari.** — Ablation de l'utérus par rupture. *Raccoglitore medico*, 1881, n^{os} 15 et 16.
- Fournier** (d'Amiens). — Présentation de l'épaule. Déchirures utérine et vésicale. Version. Laparotomie. Hystérec. abd. tot. Sutures et drainage de la vessie. Mort le 25^e jour à la suite de la formation d'une fistule stercorale, alors que la guérison paraissait presque assurée. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, n^o 8, séance du 21 décembre 1899, p. 386.
- Fourrier.** — Rupture de l'utérus avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale. Gastrotomie. Guérison. *Bull. de thérap.*, 1872, t. 83, p. 107.
- Franck.** — Rupture de l'utérus, *N.-Y. med. Journ.*, 14 mars 1885.
- Franz.** — Dix cas de rupture utérine. *Soc. obst. f. gyn. de Dresde*, séance du 6 mars 1884, *Cent. f. Gyn.*, 1885, p. 54.
- Frascani.** — Inversion du moignon. *Riforma medica*, 14 septembre 1891. — Rottura completa dell'utero; laparotomia, amputazione utero-ovarica, guarigione. *Rassegna d'ostetr. e ginec.*, Napoli, 1897, VI, 614.
- Freund.** — Die Mechanik und Therapie der Uterus und Scheidengewölberisse, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd XXIII, Heft 2, S. 436.
- Fritsch.** — 6^e Congrès de la Soc. All. de gyn. de Vienne. *Sem. méd.*, 1895, p. 253.
- Frommel.** — Zur Therap. der Uterusruptur, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1880, Bd V, Heft 2, S. 400, et *Cent. f. Gyn.*, Leipzig, 1880, p. 417.
- Garrigues.** — A case of laparotomy for ruptured uterus. *Med. News*, Philadelphia, 1888, t. III, p. 225-229.
- Gasiorowski.** — Rupture de l'utérus. *Przegląd lekarski*, n^{os} 28 et 44. Et KROMER, *Cent. f. Gyn.*, 1884, n^o 24.
- Gattai.** — Un cas de rupture de l'utérus. *Lo sperimentale*, 1885, t. II, p. 402.
- Gentilhomme.** — *Hystér. abdom.* Thèse Paris, 1894.
- Gibert.** — Bassin rachitique; manœuvres diverses ayant amené une rupture utérine; basiotripsie sur tête restée isolée dans l'utérus; suture de l'utérus; mort. *Rev. mensuelle de Gyn. Obst. et Pæd. de Bordeaux*, mars 1899, p. 126.
- Godson.** — *British medical Journal*, 1834, t. I, p. 158.
- Goodfellow.** — Un cas de rupture extra-péritonéale de l'utérus pendant le travail. *Am. Journ. of Obst.*, septembre 1884, p. 930.
- Graham.** — Disposition intra-péritonéale du pédicule dans l'hystérec. sus-vaginale. *Am. J. of Obst.*, septembre 1892.
- Green.** — Quatre cas de rupture spontanée de l'utérus. Guérison. *Soc. Gynéc. améric.*, 13^e séance ann. à Washington, 1888. *Ann. de gyn.*, 1889, t. XXXI, p. 57. Rupture de l'utérus. *Am. Journ. of Obst.*, juillet 1894.

- Grigg.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Brit. med. J.*, 26 janvier 1884, p. 458.
- Gybovsky.** — Rupture de l'utérus pendant l'accouchement; laparotomie; guérison. Kieff, 1895.
- Guéniot.** — Cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus. Laparotomie. Remise de l'utérus en place. Guérison. *Bull. de l'Acad. méd. de Paris*, année 1890, t. XXIII, p. 638 et t. XXIV, p. 210.
- Guérard.** — Rupture utérine. Laparotomie. Guérison. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, Bd X, Heft 5.
- Guermontprez.** — Procédé d'hystérec. abd. tot. *Académie de méd.*, 15 et 22 septembre 1891.
- Halbertsma.** — Rupture de l'utérus. Section césarienne, avec amputation de l'utérus et des ovaires. Guérison. *Weckblad v. h. Nederl. Tydsch. voor Geneesk.*, 1880, n° 36 et *Cent. f. Gyn.*, 1881, t. V, p. 67.
- Harris.** — Traitement de la rupture utérine. *Am. J. of Obst.*, octobre 1880. — Déchirure de l'utérus. *Am. J. of Obst.*, juillet 1887, p. 673.
- Hart (Berry).** — On the treatment of rupture of the uterus. *Edimb. Med. J.*, juillet 1890, p. 35.
- Hartmann.** — Hystérec. abd. tot., sa technique opératoire, ses indications. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1897, XVIII, 1-14.
- Rupture utérine. Hystérec. abdominale. Guérison. *Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, année 1899.
- Hecker.** — Sur un cas de rupture spontanée complète de l'utérus avec guérison par le drainage. *Cent. f. Gyn.*, 1881, n° 10, t. V, p. 225.
- Heinricius.** — Ruptura uteri sub partu; amputatio uteri supra vaginalis. *Cent. f. Gyn.*, 10 octobre 1896.
- Herzfeld.** — Nouvelle méthode d'extirpation totale de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 14 janvier 1892.
- Ein Fall von completer Ruptur des Uterus mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle; laparotomie; heilung. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1892, XXXVII, 559.
- Hofmeier.** — Ruptura uteri spontanea. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 46, p. 661, 1880.
- Fait de rupture utérine. *Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 357, 5 juin 1882.
- Zur Behandlung der während der Geburt entstandenen zerreissungen des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, n° 38, 1883.
- Horrocks.** — Rupture de la matrice. *London Obst. Trans.*, 1884, t. XXVI, p. 119 et *Brit. Med. Journ.*, 1884, t. II, p. 814.
- Howard** (Baltimore). — Three fatal cases of rupt. of the uterus, with laparotomy. *Trans. of the Am. Gyn. Society*, 1880, *Am. J. of Obst.*, octobre 1880. Hayem, *Rev. des sc. méd.*, 1882, p. 206.
- Ingerslev.** — Sur le traitement de la rupture de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 1881, t. V, p. 270.
- Iwanow.** — Totale vaginale Exstirpation einer während der Geburt rupturirten Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, Leipzig, 1899, XXIII, 33-36.

- Jaille.** — *Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines.* Thèse Paris, 1886.
- Jakins.** — Cas de rupture de l'utérus. *Austral. Med. Journ.*, 15 novembre 1886.
- Jarzykowski.** — Rupture de l'utérus. *Gaz. lekarska*, 1879, n° 19.
- Jawdinsky.** — Porro-operation nach Uterusruptur in der Geburt. *Gaz. lekarska*, 1888, n° 42. Et *Jahresbericht über d. Fortschritte*, etc..., III, p. 182.
- Jellinghaus.** — Ueber Uterusrupturen während der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, LIV, p. 103.
- Jenkins.** — A case of complete rupture of the uterus and vagina. *Virch. Hirsch.* Et *KRONER, Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 24.
- Jolly.** — *Des ruptures utérines pendant le travail de l'accouchement, considérées surtout au point de vue des symptômes et du traitement.* Thèse Paris, 1870.
- Kaltenbach.** — Rupture de l'utérus et déchirure du col. *Deutsche med. Woch.*, 1894, t. XLIII, p. 1033.
- Kay.** — A case of rupture of the uterus, in which gastrotomy was performed. *Liverpool. M. Gaz.*, Lond., 1833, I, 26.
- Kehrer.** — Rupture utérine. Opération de Porro. Guérison. 3^e Congrès tenu à Fribourg, par la *Soc. gynéc. All.*, 12-14 juin 1889. *Ann. de gyn.*, septembre 1889, p. 216.
- Kelly.** — Procédé d'hystérectomie abdominale totale. *Congrès de chir.*, Washington, 12 novembre 1895.
- Kendall.** — Two cases of rupture of the uterus ; post mortem cæsarean section ; one child saved. *Ann. Gyn. et Pœd.*, mars 1899, p. 305.
- Kochs et Zweifel.** — Du traitement intra-péritonéal du pédicule avec abandon des pinces. *Klin. Woch.*, Berlin, 10 novembre 1891.
- Koettnitz.** — Rupture de l'utérus. Laparotomie. Guérison. *Deutsch. med. Woch.*, 12 janvier 1888.
- Kotchetkoff.** — Two cases of rupture of uterus. *Ejened. journ. « Prakt. Med. »* St-Petersb., 1894, I, 197.
- Krajewski.** — Une hystérec. partielle, trois hystérec. totales pratiquées, pour rupture utérine, par voie sanglante abdominale. *Przeglad chirurgiczny*, 1896, Bd III, Heft I, S. 103. Et *Monatschr. für Geb. und Gyn.*, décembre 1896, Bd IV, S. 609.
- Kroener.** — Zur Therapie der puerperalen Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 23, p. 369.
- Labusquière.** — *Des ruptures utérines pendant le travail à terme ; pathogénie et traitement.* Thèse Paris, 1884.
- Des ruptures utérines pendant le travail. Considérations générales sur le traitement ; son évolution et ses résultats depuis la période antiseptique. *Ann. de gyn.*, 1894, XLII, p. 109.
- Lederer.** — Deux cas de rupture de l'utérus. Laparot. Guérison. *Prag. med. Woch.*, 1887, n° 15.

- Lehmann.** — Rupture de l'utérus. Laparot. Guérison. *Virch. Hirsch.*, 1887, p. 588. *El Arch. de Tocol.*, 1877, p. 362.
- Le Moniet.** — *Hystérec. abd. tot. et hystérec. abdomino-vaginale*. Thèse Paris, 1894.
- Léonte.** — Hystérec. abd. supra-vaginale. *Revue de chir.*, 10 juin 1894.
- Léopold.** — Traitement des ruptures de l'utérus. *Congrès de gyn.* de Halle, mai 1888. *Cent. f. Gyn.*, 1888, p. 420.
- Zur Behandlung der Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXVI, Heft 2, p. 234.
- Ausgetragene Ruptura uteri traumatica im 4. Monat. Laparotomie. Genesung. *Arch. f. Gyn.*, Berlin, 1896, 411, 376-388.
- Lepage.** — *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque*, années : 1892, p. 99 ; 1897, p. 3 ; 1898, p. 107.
- Loussot.** — Un cas d'hystérectomie abdominale totale pratiquée à la campagne pour une vaste déchirure de l'utérus survenue 23 heures auparavant au cours d'une version : Guérison. *Gaz. des Hôpitaux*, 1898, p. 1067.
- Lusk.** — A case of rupture of the uterus. — Cæsarean section, with fatal termination to mother. Child living. *New-York med. Journ.*, sept. 1889.
- Mac Cormack.** — Laparatomie pour rupture utérine. *Am. J. of. Obst.*, t. XIII, p. 329.
- Macdonald.** — Placenta prævia and rupt. of the uterus. *The Lancet*, London, t. II, p. 801, 1880.
- Mac Lean.** — Rupture de l'utérus pendant un 1^{er} acc. Grossesse. Délivrance par version. Guérison. *Soc. Obst. de N.-Y.*, séance du 7 février 1888.
- Rupture de l'utérus. *Med. Rec.*, 1887, mars, p. 335.
- The palliative treatment of rupture of the uterus. *Am. J. Obst.*, 1894, t. XXX, p. 43-50.
- Magnus A. Tate.** — Traitement de la rupture de l'utérus. *Cincinnati Lancet-Clinic*, mai 1894, p. 535.
- Malapert.** — *Du manuel opératoire de l'hystérect. vag.* Thèse Paris, 1893.
- Mann.** — Contribution à l'étude du traitement des ruptures utérines par le drainage. *Cent. f. Gyn.*, n° 16, 1881.
- Marchand.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Brit. Med. Journ.*, 26 janvier 1884, p. 158.
- M'Ardle.** — Treatment of. ped. *Trans. Roy. Acad. Med. Irland*, Dublin, 1890.
- Marer.** — Ruptura fundi uteri. *Orvosi Hittap*, 1898, S. 598.
- Mars.** — Przypadek dobrowolnego etc..... (Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail, traitée, avec succès, par l'hystérectomie abdominale totale). *Przegląd lekarski*, Krakow. 1897, XXXVI, 143-159.

- Martin.** — *Congrès intern. de Rome, 1894.* (Procédé d'hystérec. abd. tot.).
- Mason** (Dublin). — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Journ. of Med. Sc.*, mars 1877.
- Massmann.** — Rupture de l'utérus. *Cent. für Gyn.*, 1878, p. 212 et 213.
- Matheson.** — Rupture de l'utérus. *Edinb. med. Journ.*, février 1889, p. 123.
- Mattei.** — *Des ruptures dans le travail de l'accouch. et de leur trait.* Thèse agrég., Paris, 1860.
- Mauclaire.** — Manuel opératoire de l'hystérect. vag. *Ann. de gyn.*, 1893.
- Maygrier.** — Rupture incomplète de l'utérus. *Ann. de la Soc. obst. de France*, 1892, p. 151.
- Menu.** — *Manuel opératoire de l'hystérectomie.* Thèse Paris, 1893.
- Merrmann.** — Rupture utérine. Opération de Porro. Guérison. *Arch. f. Gyn.*, année 1891, t. XXXIX, p. 452-467.
- Merz.** — Traitement de la rupture de l'utérus. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLV, Heft 2, S. 181.
- Mordecai Price.** — Opération de Porro pour rupt. utér. Mort. *Cincin. Lancet. Clin.*, 28 septembre 1889, p. 336.
- Müller.** — Eine Modification der vaginale Totalexstirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1882, n° 6, p. 113.
- Murdoch-Cameron.** — Rupture uterus at full term. *Brit. med. Journ.*, 14 octobre 1899, p. 972.
- Muret.** — Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Laparotomie. Guérison. *Rev. méd. Suisse Rom.*, XV, n° 3, p. 150 et 160, n° 4, p. 210 et n° 5, p. 276.
- Mushat.** — Rupture de l'utérus. *Cent. für Gyn.*, 1878, p. 336.
- Mushet.** — Rupture de l'utérus. *Virch. Hirsch.*, 1875, II, p. 605. Et *Brit. Med. Journ.*, 24 mai 1875.
- Neugebauer.** — Rupture de l'utérus. Hystérectomie vaginale totale. Mort 20 minutes après l'opération. *Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 6^e Congress*, S. 356. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, Heft 3.
- Nissen.** — Ruptura uteri. Laparotomie. Helbredelse. *N. Mag. f. Lægevidensk*, Christiania, 1891, VI, 51-54.
- Ollive.** — Rupture traumatique de l'utérus. *Archiv. de tocol.*, 1884, t. XI, p. 337.
- Oscar Prévot.** — Première opération de Porro pour rupture utérine. *Am. Journ. of Obst.*, octobre 1880, p. 818. Et *Ann. de gyn.*, 1886, p. 89.
- Partridge.** — Rupture of the uterus, laparotomy. *N.-Y. med. Journ.*, 1885, XL, 75.
- Pascali.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Annali di ostetr.*, Milano, 1884, p. 599.

- Patton.** — Rupture de l'utérus. *Brit. med. Journ.*, 28 avril 1888, p. 901.
- Péan.** — Procédé d'hystérec. vag. (Morcellement par résections transversales). *Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 787, 802, 811.
- Peters.** — Opération de Porro pour rupture utérine. *Société gynécologique de Vienne*, 1888, 6 novembre.
- Petit.** — Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. *Ann. de gyn.*, 1874, I, 317. Présentation de la face. Thrombus de la vulve. Rupture de l'utérus. Mort. *Ann. de gynéc.*, année 1874, t. I, p. 372.
- Phillips.** — A case of ruptured uterus treated by abdominal hysterectomy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1897-98, XXXIX, 260-64.
- Pichevin.** — Quelques détails historiques à propos de l'hystérectomie abdominale totale. *Sem. Gyn.*, Paris, 1898, mai 31, n° 22, p. 169-172.
- Pilcher.** — Rupture de l'utérus et du vagin, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale. Laparotomie. *The Lancet*, 11 août 1888.
- Piltz.** — Rupture of uterus; laparotomy; recovery. *Med. Press. and Circ.*, London, 1899, XLVII, 164.
- Pinard (A.).** — Bassin vicié. Rupture utérine. Hystérectomie abdominale totale. Mort. *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque*, 1898, p. 107.
- Piskacek.** — Voir article CHOLMOGOROFF: Zur Behandlung der kompletten Uterusruptur. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, XXXI, 89.
- Plenio.** — Ein Fall von traumatischer Uterusruptur bei einer graviden; laparotomie; Keilung. *Cent. f. Gyn.* Leipzig, 1885, IX, 737-741.
- Polk.** — Rupture de l'utérus. Mort de shok. *Am T. of Obst.*, juin 1886. — Extirpation of the entire uterus by the supra-pubic Method. *Trans. Amer. Gynec. Soc.*, 1892, p. 215.
- Porak.** — Rupture utérine; opération de Porro; mort le 7^e jour. Thèse Jaille, Paris, 1888. — Rigidité probablement cicatricielle du col de l'utérus; accouchement prématuré; présentation de l'épaule; procidence du cordon; version; rupture utérine complète; laparotomie; guérison. *Journ. de méd. de Paris*, 1898, X, 567-570.
- Porak et Audion.** — Rupture incomplète de l'utérus. Mort. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1900.
- Porro.** — Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cæsareo. Milan, 1876. *Annali nuovi di med. e chir.*, Pavia, 1877, t. V, p. 329.
- Pozzan.** — Rottura spontanea dell'utero con passaggio del feto nel cavo peritoneale. Sutura della ferita. Guarigione. *Gazzetta degli osp.*, Milano, 1899, XX, 164-167.
- Queisner.** — Geheiliter Fall von Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, 21 décembre 1895.
- Quénu.** — De l'hystérec. vag. par section médiane de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1892, t. XVIII, p. 331.

- Rakin.** — Rupture de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 1879, p. 335.
- Raw.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Practitioner*, juin 1899. Et *Am. J. of Obst.*, 1899, t. XL, p. 270.
- Reben.** — *Zur Therapie der Uterusruptur*, D. inaug., Berlin, 1879.
- Reed.** — The treatment of the ruptured parturient uterus. *N.-Y. med. Journ.*, 9 novembre 1889, p. 505.
- Regn.** — Un cas de rupture complète de l'utérus, guérie par laparotomie. *Wratch.*, St-Petersbourg, 1896, n° 6, p. 167.
- Reverdin.** — Recherches sur la stérilisation du catgut. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1888, nos 6, 7 et 9.
- *Antisepsie et aseptie chirurgicales*, Paris, 1894.
- Rey.** — *Quelques réflexions critiques sur des observations de ruptures utérines et vaginales*. Thèse Paris, 1854.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — *Précis d'obstétrique*, Paris, 1900, p. 1005-1015.
- Ricard.** — Procédé d'hystérec. abd. tot. *Congrès de chir.*, Paris, 1896.
- Richelot.** — Procédé d'hystérectomie abd. tot. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, mars et avril 1897, n° 2.
- Manuel opératoire de l'hystérec. vag. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1893, t. II, p. 38.
- Rose.** — 4 ruptures successives chez une même femme. Guérison. *Chicag. Med. Journ.*, 1877 et Hayem, *Rev. des sc. méd.*, 1878, t. XI, p. 592.
- Ross.** — Rupture of the puerperal uterus. *Am. J. of Obst.*, décembre 1899, p. 2
- Routier.** — De l'hystérectomie abdominale. *Union méd.*, 16 avril 1893.
- Sarchi.** — Rupture de l'utérus. *Wratch*, St-Petersb., 1886, n° 3 et *Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 303.
- Saxinger.** — Opération de Porro pour rupt. utér. Mort. *Brit. M. J.*, 26 janvier 1884, p. 158.
- Scanzoni.** — *Lehrb. der Geburtshilfe*. Wien., 1868, Bd 11, S. 218.
- Schaeffer.** — Ueber die Behandlung des Ruptura uteri mit completem Austritt der Kindes. *Münch. med. Woch.*, 22 octobre 1889, p. 718-735.
- Sur une amputation de Porro de l'utérus, faite avec succès dans une chambre de village après déchirure complète de la matrice et passage de l'enfant dans le péritoine. *Münch. med. Woch.*, 5 octobre 1897, p. 913.
- Schröder.** — De l'hystérectomie vaginale totale dans les cas de cancer ou de rupture. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXIX, Heft 3.
- Schultz.** — *Zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur*. *Orvosi Hittlap.*, 1896, n° 15, 17, 19 et *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 1, p. 22.
- Schvartz.** — Procédé d'hystér. abd. tot. *Soc. de chir.*, 22 mai 1895.
- Secheyron.** — *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par voie vaginale*, Paris, 1889.
- Semeleder.** — Un cas de rupture utérine. *Am. J. of Obst.*, octobre 1887, p. 1036

- Senn.** — Laparo-hysterectomy, its indication en technique. *Am. J. of med. science*, septembre 1893.
- Skatraffoff.** — Un cas de rupture utérine pendant le travail. Laparotomie. Suture utérine. Guérison. *Wratch*, 1899, p. 1355 et *Ann. de gyn.*, 1899, LI, p. 65.
- Slajmer.** — Zur extraperitonealen Behandlung spontaner Uterusrupturen. *Cent. für Gynæk.*, 5 mai 1895.
- Slavianski.** — Porro-operation in rupture of pregnant uterus. *Wratch*, St-Petersb., 1885, VI, 835-839. Et *Ann. di ostet.*, 1886, VIII, 72-80. Et *Ann. de gyn.*, 1886, XXV, 89-105.
- Sokolow.** — Un cas de rupture de l'utérus et du vagin. Guérison. *Comptes rendus de la Soc. méd. de Moscou*, 3 février 1883. Et *Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 3.
- Solowig.** — Rupture de l'utérus. Hystérec. abd. tot. Mort le jour suivant. *Cent. für Gyn.*, 13 novembre 1899.
- Sonden.** — Rupture de l'utérus. Guérison. *Cent. f. Gyn.*, 1883, t. VIII, p. 884.
- Swayne.** — 4 cas de rupture de l'utérus. *Brit. med. Journ.*, 1886, t. II, p. 721.
- Tarnier.** — *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*. Paris, 1894, p. 447.
- Tarnier et Budin.** — *Traité de l'art des accouchements*. 1898, Paris, p. 726 à 740.
- Thieme.** — Rupture de l'utérus. *Virch.*, 1874, II, p. 197. Et *Cent. f. Gyn.*, 1884, n° 24.
- Thomas.** — Rupture de l'utérus et du vagin. *Am. J. of Obst.*, 1882, p. 430.
- Tissier.** — Rupture sous-péritonéale dans un cas de présentation de l'épaule négligée. Vaste thrombus remontant jusqu'au diaphragme. Tamponnement à la gaze iodoformée. Mort. *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 14 janvier 1897.
- Trask.** — *Am. Journ. of med. Science*, 1848, XV, p. 104-383. Et 1856, XXXII, p. 81.
- Trautner.** — Rupture de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 1879, p. 360.
- Trébillot.** — *Des ruptures sous-péritonéales de l'utérus (incomplètes externes) pendant le travail de l'accouchement, considérées surtout au point de vue de la symptomatologie et du traitement*. Thèse Nancy, 1878.
- Triaire.** — Des ruptures de l'utérus et du vagin. *Arch. de tocol.*, 1880, t. VII, p. 413 et 465.
- Tuffier.** — Procédé d'hystérectomie vaginale. *Soc. de chir.*, 5 juin 1895.
— Rupture vésico-utérine traitée par la laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale. Voir : BONNAIRE, *Arch. de tocol.*, mai et juin 1891, p. 391 et 401.

- Underhill.** — Three cases of rupture of the uterus, one of which was successfully treated by laparotomy. *Edinb. med. Journ.*, 1891-92, XXXVII, 206-211.
- Varnier.** — Femme amenée de la ville. Présentation de l'épaule gauche. Enfant putréfié. Rupture utérine. Embryotomie. Délivrance artificielle. Lavage avec de l'eau bouillie. Tamponnement vaginal avec gaze iodoformée. Mort de la femme. *Fonctionnement Maison d'acc. Baudelocque*, 1892, p. 99.
- Vert.** — Deux cas de rupture de l'utérus. *Berlin. klin. Woch.*, n° 19, p. 275, 1878.
- Villar.** — Rupture de l'utérus et de la vessie au cours du travail. Laparotomie. Opération de Porro. Suture de la vessie. Guérison. *Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 3 février 1895, p. 50.
- Violain.** — Opération de Porro pour rupture utérine. Mort. *Raccoglitori medico di Forlì*, 1883, XX.
- Voss.** — Rupture de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, 1880, p. 46.
- Walcher.** — Rupture de l'utérus traitée par l'hystérectomie partielle. Voir : DITTEL, Zur Uterusruptur. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd 44, Heft 3, S. 343.
- Ueber einen durch Laparotomie behandelten Fall von Uterusruptur. *Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1898, XXVIII, 436.
- Wathen.** — Treatment of rupture of the uterus. *M. et S. J.*, Atlanta, 1889-90, VI, 137-141.
- Wenzell.** — Rupture de l'utérus. *Am. J. of Obst.*, 1882, p. 373-376.
- Werder.** — Ligature élastique dans le traitement extra-péritonéal. *Am. ass. of Obst.*, 15 septembre 1890, p. 1269.
- Whyte.** — Nouvelle méthode d'extirpation de l'utérus. *Pacific med. Journ.*, San Francisco, 1891, p. 65.
- Wiedow.** — Rupture de l'utérus. Opération de Porro. Guérison. 3^e Congrès tenu à Fribourg par la Soc. gynéc. all., 1889. *Ann. de gyn.*, 1889, t. XXXII, p. 216.
- Winter.** — Rupture de l'utérus. Hystérectomie vaginale totale. Guérison. Voir : SCHROEDER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, Heft 3.
- Wirbel.** — De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. Thèse Paris, 1890-91.
- Wjasenski.** — Uterusruptur in der Geburt. *Journ. f. Geb. u. Fr.*, 1889, 268-279.
- Zweifel.** — Traitement du pédicule. *Berlin. klin. Woch.*, 27 août 1888, p. 717.
- Nouveau procédé de traitement du moignon. *Cent. f. Gyn.*, 7 avril 1894.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	Pages 9
INTRODUCTION.	13

PREMIÈRE PARTIE

Expectation et méthodes de traitement par voie vaginale.

CHAPITRE	I. — Expectation	21
CHAPITRE	II. — Traitement immédiat	24
CHAPITRE	III. — Drainage	31
CHAPITRE	IV. — Injections antiseptiques	36
CHAPITRE	V. — Tamponnement.	41
CHAPITRE	VI. — Suture de la déchirure par le vagin.	46
CHAPITRE	VII. — Hystérectomie vaginale — Tableau	50

DEUXIÈME PARTIE

Méthodes de traitement par voie sanglante abdominale. (Laparotomie).

CHAPITRE	I. — De la laparotomie en général	65
CHAPITRE	II. — Laparotomie sans suture	74
CHAPITRE	III. — Laparotomie avec suture	77
CHAPITRE	IV. — Laparotomie avec suture de la déchirure à la plaie abdominale.	81
CHAPITRE	V. — Laparotomie avec hystérectomie partielle. Tableaux. — Une observation inédite.	86

CHAPITRE VI. — Laparotomie avec hystérectomie totale. Opération de Krajewski. Tableaux	111
OBSERVATIONS.	131
TABLEAU RÉTROSPECTIF GÉNÉRAL	163
CONCLUSIONS GÉNÉRALES.	165
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	178

Imp. J. Thevenot. Saint-Dizier (Hte-Marne)
